WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter Mitwirkung der Professoren

Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), Docent **Heymann** (Berlin), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Thiry** (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die **„Wiener klinische Rundschau"** erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 bis 2½ Bogen. — **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Frcs., halbjährig 12 Frcs. 50 Ctms. — **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. — Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen (Manuscripte, Briefe, Drucksachen), sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien**, I., Rudolfsplatz 12, zu richten.

X. Jahrgang. **Wien, 31. Mai 1896.** **Nr. 22.**

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Aetiologie der Hysterie.*)

Von

Dr. Sigm. Freud.

Meine Herren! Wenn wir daran gehen, uns eine Meinung über die Verursachung eines krankhaften Zustandes wie die Hysterie zu bilden, betreten wir zunächst den Weg der anamnestischen Forschung, indem wir den Kranken oder dessen Umgebung in's Verhör darüber nehmen, auf welche schädlichen Einflüsse sie selbst die Erkrankung an jenen neurotischen Symptomen zurückführen. Was wir so in Erfahrung bringen, ist selbstverständlich durch alle jene Momente verfälscht, die einem Kranken die Erkenntniss des eigenen Zustandes zu verhüllen pflegen, durch seinen Mangel an wissenschaftlichem Verständniss für ätiologische Wirkungen, durch den Fehlschluss des post hoc, ergo propter hoc, durch die Unlust, gewisser Noxen und Traumen zu gedenken oder ihrer Erwähnung zu thun. Wir halten darum bei solcher anamnestischer Forschung an dem Vorsatze fest, den Glauben der Kranken nicht ohne eingehende kritische Prüfung zu dem unserigen zu machen, nicht zuzulassen, dass die Patienten uns unsere wissenschaftliche Meinung über die Aetiologie der Neurose zurechtmachen. Wenn wir einerseits gewisse constant wiederkehrende Angaben anerkennen wie die, dass der hysterische Zustand eine lang andauernde Nachwirkung einer einmal erfolgten Gemüthsbewegung sei, so haben wir andererseits in die Aetiologie der Hysterie ein Moment eingeführt, welches der Kranke selbst niemals vorbringt und nur ungern gelten lässt, die hereditäre Veranlagung von Seiten der Erzeuger. Sie wissen, dass nach der Meinung der einflussreichen Schule Charcot's die Heredität allein als wirkliche Ursache der Hysterie Anerkennung verdient, während alle anderen Schädlichkeiten verschiedenartigster Natur und Intensität nur die Rolle von Gelegenheitsursachen, von «Agents provocateurs» spielen sollen.

Sie werden mir ohne Weiteres zugeben, dass es wünschenswerth wäre, es gäbe einen zweiten Weg, zur Aetiologie der Hysterie zu gelangen, auf welchem man sich unabhängiger von den Angaben der Kranken wüsste. Der Dermatolog z. B. weiss ein Geschwür als luetisch zu erkennen nach der Beschaffenheit der Ränder, des Belags, des Umrisses, ohne dass ihn der Einspruch des Patienten, der eine Infectionsquelle leugnet, daran irre machte. Der Gerichtsarzt versteht es, die Verursachung einer Verletzung aufzuklären, selbst wenn er auf die Mittheilungen des Verletzten verzichten muss. Es besteht nun eine solche Möglichkeit, von den Symptomen aus zur Kenntniss der Ursachen vorzudringen, auch für die Hysterie. Das Verhältniss der Methode aber, deren man sich hiefür zu bedienen hat, zur älteren Methode der anamnestischen Erhebung möchte ich Ihnen in einem Gleichnisse darstellen, welches einen auf anderem Arbeitsgebiete thatsächlich erfolgten Fortschritt zum Inhalt hat.

Nehmen Sie an, ein reisender Forscher käme in eine wenig bekannte Gegend, in welcher ein Trümmerfeld mit Mauerresten, Bruchstücken von Säulen, von Tafeln mit verwischten und unlesbaren Schriftzeichen sein Interesse erweckte. Er kann sich damit begnügen, zu beschauen, was frei zu Tage liegt, dann die in der Nähe hausenden, etwa halbbarbarischen Einwohner ausfragen, was ihnen die Tradition über die Geschichte und Bedeutung jener monumentalen Reste kund gegeben hat, ihre Auskünfte aufzeichnen und — weiterreisen. Er kann aber auch anders vorgehen; er kann Hacken, Schaufeln und Spaten mitgebracht haben, die Anwohner für die Arbeit mit diesen Werkzeugen bestimmen, mit ihnen das Trümmerfeld in Angriff nehmen, den Schutt wegschaffen und von den sichtbaren Resten aus das Vergrabene aufdecken.

*) Ausführung nach einem Vortrage im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien am 2. Mai 1896.

Lohnt der Erfolg seine Arbeit, so erläutern die Funde sich selbst; die Mauerreste gehören zur Umwallung eines Palastes oder Schatzhauses, aus den Säulentrümmern ergänzt sich ein Tempel, die zahlreich gefundenen, im glücklichen Fall bilinguen Inschriften enthüllen ein Alphabet und eine Sprache, und deren Entzifferung und Uebersetzung ergibt ungeahnte Aufschlüsse über die Ereignisse der Vorzeit, zu deren Gedächtniss jene Monumente erbaut worden sind. Saxa loquuntur!

Will man in annähernd ähnlicher Weise die Symptome einer Hysterie als Zeugen für die Entstehungsgeschichte der Krankheit laut werden lassen, so muss man an die bedeutsame Entdeckung J. Breuer's anknüpfen, dass die Symptome der Hysterie (die Stigmata bei Seite) ihre Determinirung von gewissen traumatisch wirksamen Erlebnissen des Kranken herleiten, als deren Erinnerungssymbole sie im psychischen Leben desselben reproducirt werden. Man muss sein Verfahren — oder ein im Wesen gleichartiges — anwenden, um die Aufmerksamkeit des Kranken vom Symptom aus auf die Scene zurückzuleiten, in welcher und durch welche das Symptom entstanden ist, und man beseitigt nach seiner Anweisung dieses Symptom, indem man bei der Reproduction der traumatischen Scene eine nachträgliche Correctur des damaligen psychischen Ablaufes durchsetzt.

Es liegt heute meiner Absicht völlig ferne, die schwierige Technik dieses therapeutischen Verfahrens oder die dabei gewonnenen psychologischen Aufklärungen zu behandeln. Ich musste nur an dieser Stelle anknüpfen, weil die nach Breuer vorgenommenen Analysen gleichzeitig den Zugang zu den Ursachen der Hysterie zu eröffnen scheinen. Wenn wir eine grössere Reihe von Symptomen bei zahlreichen Personen dieser Analyse unterziehen, so werden wir ja zur Kenntniss einer entsprechend grossen Reihe von traumatisch wirksamen Scenen geleitet werden. In diesen Erlebnissen sind die wirksamen Ursachen der Hysterie zur Geltung gekommen; wir dürfen also hoffen, aus dem Studium der traumatischen Scenen zu erfahren, welche Einflüsse hysterische Symptome erzeugen und auf welche Weise.

Diese Erwartung trifft zu, nothwendigerweise, da ja die Sätze von Breuer sich bei der Prüfung an zahlreicheren Fällen als richtig erweisen. Aber der Weg von den Symptomen der Hysterie zu deren Aetiologie ist langwieriger und führt über andere Verbindungen, als man sich vorgestellt hätte.

Wir wollen uns nämlich klar machen, dass die Zurückführung eines hysterischen Symptoms auf eine traumatische Scene nur dann einen Gewinn für unser Verständniss mit sich bringt, wenn diese Scene zweien Bedingungen genügt, wenn sie die betreffende determinirende Eignung besitzt, und wenn ihr die nöthige traumatische Kraft zuerkannt werden muss. Ein Beispiel anstatt jeder Worterklärung! Es handle sich um das Symptom des hysterischen Erbrechens; dann glauben wir dessen Verursachung (bis auf einen gewissen Rest) durchschauen zu können, wenn die Analyse das Symptom auf ein Erlebniss zurückführt, welches berechtigterweise ein hohes Maass von Ekel erzeugt hat, wie etwa der Anblick eines verwesenden menschlichen Leichnams. Ergibt die Analyse anstatt dessen, dass das Erbrechen von einem grossen Schreck, z. B. bei einem Eisenbahnunfall, herrührt, so wird man sich unbefriedigt fragen müssen, wieso denn der Schreck gerade zum Erbrechen geführt hat. Es fehlt dieser Ableitung an der Eignung zur Determinirung. Ein anderer Fall von ungenügender Aufklärung liegt vor, wenn das Erbrechen etwa von dem Genuss einer Frucht herrühren soll, die eine faule Stelle zeigte. Dann ist zwar das Erbrechen durch den Ekel gut determinirt, aber man versteht nicht, wie der Ekel in diesem Falle so mächtig werden konnte, sich durch ein hysterisches Symptom zu verewigen; es mangelt diesem Erlebniss an traumatischer Kraft.

Sehen wir nun nach, inwieweit die durch die Analyse aufgedeckten traumatischen Scenen der Hysterie bei einer grösseren Anzahl von Symptomen und Fällen den beiden erwähnten Ansprüchen genügen. Hier stossen wir auf die erste grosse Enttäuschung! Es trifft zwar einige Male zu, dass die traumatische Scene, in welcher das Symptom entstanden ist, wirklich Beides, die determinirende Eignung und die traumatische Kraft besitzt, deren wir zum Verständniss des Symptoms bedürfen. Aber weit häufiger, unvergleichlich häufiger, finden wir eine der drei übrigen Möglichkeiten verwirklicht, die dem Verständniss so ungünstig sind: Die Scene, auf welche wir durch die Analyse geleitet werden, in welcher das Symptom zuerst aufgetreten ist, erscheint uns entweder ungeeignet zur Determinirung des Symptoms, indem ihr Inhalt zur Beschaffenheit des Symptoms keine Beziehung zeigt; oder das angeblich traumatische Erlebniss, dem es an inhaltlicher Beziehung nicht fehlt, erweist sich als ein normalerweise harmloser, für gewöhnlich wirkungsunfähiger Eindruck; oder endlich die «traumatische Scene» macht uns nach beiden Richtungen irre; sie erscheint ebenso harmlos wie ohne Beziehung zur Eigenart des hysterischen Symptoms.

(Ich bemerke hier nebenbei, dass Breuer's Auffassung von der Entstehung hysterischer Symptome durch die Auffindung traumatischer Scenen, die an sich bedeutungslosen Erlebnissen entsprechen, nicht gestört worden ist. Breuer nahm nämlich — im Anschlusse an Charcot — an, dass auch ein harmloses Erlebniss zum Trauma erhoben werden und determinirende Kraft entfalten kann, wenn es die Person in einer besonderen psychischen Verfassung, im sogenannten hypnoiden Zustand, betrifft. Allein ich finde, dass zur Voraussetzung solcher hypnoider Zustände oftmals jeder Anhalt fehlt. Entscheidend bleibt, dass die Lehre von den hypnoiden Zuständen nichts zur Lösung der anderen Schwierigkeit leistet, dass nämlich den traumatischen Scenen so häufig die determinirende Eignung abgeht.)

Fügen Sie hinzu, meine Herren, dass diese erste Enttäuschung beim Verfolg der Breuer'schen Methode unmittelbar durch eine andere eingeholt wird, die man besonders als Arzt schmerzlich empfinden muss. Zurückführungen solcher Art, wie wir sie geschildert haben, die unserem Verständniss betreffs der Determinirung und der traumatischen Wirksamkeit nicht genügen, bringen auch keinen therapeutischen Gewinn; der Kranke hat seine Symptome ungeändert behalten trotz des ersten Ergebnisses, das uns die Analyse geliefert hat. Sie mögen verstehen, wie gross dann die Versuchung wird, auf eine Fortsetzung der ohnedies mühseligen Arbeit zu verzichten.

Vielleicht aber bedarf es nur eines neuen Einfalles, um uns aus der Klemme zu helfen und zu werthvollen Resultaten zu führen! Der Einfall ist folgender: Wir wissen ja durch Breuer, dass die hysterischen Symptome zu lösen sind, wenn wir von ihnen aus den Weg zur Erinnerung eines traumatischen Erlebnisses finden können. Wenn nun die aufgefundene Erinnerung unseren Erwartungen nicht entspricht, vielleicht ist derselbe Weg ein Stück weiter zu verfolgen, vielleicht verbirgt sich hinter der ersten traumatischen Scene die Erinnerung an eine zweite, die unseren Ansprüchen besser genügt, und deren Reproduction mehr therapeutische Wirkung entfaltet, so dass die erstgefundene Scene nur die Bedeutung eines Bindegliedes in der Associationsverkettung hat? Und vielleicht wiederholt sich dieses Verhältniss, die Einschiebung unwirksamer Scenen als nothwendiger Uebergänge bei der Reproduction mehrmals, bis man vom hysterischen Symptom aus endlich zur eigentlich traumatisch wirksamen, in jeder Hinsicht, therapeutisch wie analytisch, befriedigenden Scene gelangt? Nun, meine Herren, diese Vermuthung ist richtig. Wo die erstaufgefundene Scene unbefriedigend ist, sagen wir dem Kranken, dieses Erlebniss erkläre nichts, es müsse sich aber hinter ihm ein bedeutsameres, früheres, Erlebniss verbergen, und lenken seine Aufmerksamkeit nach derselben Technik auf den Associationsfaden, welcher beide Erinnerungen,

die aufgefundene und die aufzufindende verknüpft.*) Die Fortsetzung der Analyse führt dann jedesmal zur Reproduction neuer Scenen von den erwarteten Charakteren. Wenn ich z. B. den vorhin ausgewählten Fall von hysterischem Erbrechen wieder aufnehme, den die Analyse zunächst auf einen Schreck bei einem Eisenbahnunfall zurückgeführt hat, welcher der determinirenden Eignung entbehrt, so erfahre ich aus weitergehender Analyse, dass dieser Unfall die Erinnerung an einen anderen, früher vorgekommenen, geweckt hat, den der Kranke zwar nicht selbst erlebte, der ihm aber Gelegenheit zu dem Grauen und Ekel érregenden Anblick eines Leichnams bot. Es ist, als ob das Zusammenwirken beider Scenen die Erfüllung unserer Postulate ermöglichte, indem das eine Erlebniss durch den Schreck die traumatische Kraft, das andere durch seinen Inhalt die determinirende Wirkung beistellt. Der andere Fall, dass das Erbrechen auf den Genuss eines Apfels zurückgeführt wird, an dem sich eine faule Stelle findet, wird durch die Analyse etwa in folgender Weise ergänzt: Der faulende Apfel erinnert an ein früheres Erlebniss, an das Sammeln abgefallener Aepfel in einem Garten, wobei der Kranke zufällig auf einen ekelhaften Thiercadaver stiess.

Ich will auf diese Beispiele nicht mehr zurückkommen, denn ich muss das Geständniss ablegen, dass sie keinem Fall meiner Erfahrung entstammen, dass sie von mir erfunden sind; höchstwahrscheinlich sind sie auch schlecht erfunden; derartige Auflösungen hysterischer Symptome halte ich selbst für unmöglich. Aber der Zwang, Beispiele zu fingiren, erwächst mir aus mehreren Momenten, von denen ich eines unmittelbar anführen kann. Die wirklichen Beispiele sind alle unvergleichlich complicirter; eine einzige ausführliche Mittheilung würde diese Vortragsstunde ausfüllen. Die Associationskette besteht immer aus mehr als zwei Gliedern, die traumatischen Scenen bilden nicht etwa einfache, perlschnurartige Reihen, sondern verzweigte, stammbaumartige Zusammenhänge, indem bei einem neuen Erlebniss zwei und mehr frühere als Erinnerungen zur Wirkung kommen; kurz, die Auflösung eines einzelnen Symptoms mittheilen, fällt eigentlich zusammen mit der Aufgabe, eine Krankengeschichte vollständig darzustellen.

(Fortsetzung folgt.)

Die Prognose der Tuberculose des Auges.

Von

Prof. Dr. L. v. Wecker in Paris.**)

Wenn man die verschiedenen Publicationen über die Symptome der Augentuberculose aufmerksam verfolgt, so ergibt sich, dass in dem Maasse, als die Zahl der Beobachtungen wuchs und die Thatsachen genauer studirt wurden, die Häufigkeit der tuberculösen Augenaffectionen mehr und mehr evident wurde. Ich brauche wohl nicht darauf hinzuweisen, dass es kaum 30 Jahre her sind, dass man die Iris für ungeeignet zum Sitz einer tuberculösen Erkrankung hielt und die Chorioidealtuberkel als Raritäten betrachtete.

Die Tuberculose der Cornea wurde durch den Nachweis der Koch'schen Bacillen erst vor 11 Jahren auf meiner Klinik zum ersten Male beschrieben (Compte rendu de la société de Biologie, 3 juillet 1885).

Daraus muss man folgern, dass eine Reihe von thatsächlich tuberculösen Augenerkrankungen anderen Ursachen, und zwar besonders der Syphilis zugeschoben wurde und dass die Symptome dieser Erkrankungen nicht wesentlich von jener differirten, welche durch luetische Infection entstanden waren und so selbst Forschern wie Arlt, Graefe, Desmarres, Sichel u. v. A. entgehen konnten. Die Häufigkeit der Tuberculose des Auges im Vergleich zu dem Lieblingssitz der Krankheit, den Lungen, ist nicht grösser, als die der Localisation in anderen Organen; wir wissen heute, dass zahlreiche Gelenks- und Knochenerkrankungen, Eiteransammlungen, die man früher als kalte Abscesse bezeichnete, nichts Anderes sind, als unzweifelhafte Aeusserungen der Tuberculose. Oftmals heilten derartige tuberculöse Localprocesse ohne Infection des Gesammtorganismus aus, und so Mancher hat die Erhaltung einer Gliedmasse nur dem Umstande zu verdanken, dass man die Natur des Leidens nicht erkannte.

In dem Maasse, als man die Häufigkeit der extrapulmonalen Tuberculose erkannte, hat man auch von ihrer Heilbarkeit Kenntniss erlangt. Auch wurde die Prognose der Tuberculose für weniger ungünstig angesehen und der chirurgische Eingriff wurde weniger durch die Furcht vor Autoinfection, als zum Zwecke der Abkürzung des Krankheitsverlaufes gerechtfertigt. Uebrigens weiss man ja, dass selbst circumscripte Lungenherde 50—60 Jahre lang von einem robusten Individuum schadlos getragen werden können.

Herr Bouchard erzählte mir von einem Manne, der mit 18 Jahren von seiner Geliebten tuberculös inficirt wurde und erst im Alter von 72 Jahren der Ausbreitung der Krankheit erlag.

Ich habe schon früher behauptet, dass die Enucleation tuberculöser Augen aus drei Gründen verwerflich sei:

1. Weil die Tuberculose des Auges, welche Leber für eine verschärfte Form ansieht, zweifellos local erlöschen kann.

2. Weil man durch nichts berechtigt ist, die intraoculare Tuberculose, deshalb weil sie in einem geschlossenen Organ entsteht, als primär anzusehen, sondern vielmehr alles dafür spricht, dass es sich um eine Infection handle, die von einem entfernten Theile des Körpers ausgeht; auch ist in solchem Falle die Entfernung des Auges, um den Organismus vor Infection zu bewahren, durchaus illusorisch.

3. Weil es sich meist um junge Menschen handelt, bei welchen die Enucleation eines Auges eine schwere Verstümmelung bedeutet, während die Erhaltung eines selbst in geringem Grade phthisischen Auges noch immer eine Garantie bietet für die Erhaltung der Symmetrie des Gesichtsskelettes.

Auf meiner Klinik befindet sich ein vierjähriger Knabe, der an Tuberculosis corneae leidet und bei welchem nach Zerstörung fast der ganzen Hornhaut ein fungöses Granulom von der Grösse einer Haselnuss aus der exulcerirten Cornealwunde herauswuchs. Das Kind war so leidend und herabgekommen, dass wir an eine Complication mit tuberculöser Meningitis dachten. Die ausserordentliche Schwäche des Kindes und sein oftmals comatöser Zustand hielten mich davon zurück, die Enucleation zu machen, um seine Leiden abzukürzen und Herr Masselon machte eine einfache Sklerotomia posterior. Zu unserer grossen Ueberraschung hörte nun jeder Schmerz auf und das Kind, welches innerlich Jodoform bekam, genas rasch, nahm an Gewicht zu und hat jetzt einen vernarbten, leicht phthisischen Bulbus.

Wenn die neuen Behandlungsmethoden mit balsamischen Mitteln hier ihre gerechtfertigte Anwendung finden können, so verweise ich doch andererseits darauf, dass selbst die nur theilweise Entfernung eines tuberculösen Herdes, wenn man die erkrankte Partie erreichen kann, wie bei der Tuberculose der Iris, die Dauer des Leidens wesentlich abzukürzen und das Auge in seiner Function zu erhalten in der Lage ist. Eine gleiche Erfahrung wurde von meinem Freunde, Herrn Terson sen. gemacht. Ich erwähne auch den Vorbehalt von Coppez sen., der meinte, dass die Heilung auch ohne Operation erfolgt wäre; aber mit welchem Resultat bezüglich der Sehschärfe, das wissen wir nicht!

Ich habe bei einem fünfjährigen Knaben einen grossen tuberculösen Knoten der Iris entfernt und bei der Operation constatiren können, dass auch die angrenzenden Theile des Corpus ciliare tuberculös inficirt waren. Die Krankheit heilte mit Erhaltung der vollen Sehschärfe aus.

---

*) Es bleibt dabei absichtlich ausser Erörterung, von welchem Rang die Association der beiden Erinnerungen ist, (ob durch Gleichzeitigkeit, causaler Art, nach inhaltlicher Aehnlichkeit u. s. w.), und auf welche psychologische Charakteristik die einzelnen «Erinnerungen» (bewusste oder unbewusste) Anspruch haben.

**) Das Manuscript wurde uns am 24. Mai 1896 vom Autor übersendet. Die Redaction.

Der Kranke war von mehreren Collegen gesehen worden, die den Eltern alle die schleunige Enucleation angerathen hatten und ihnen drohten, dass das Kind bei Unterlassung der Operation gewiss nicht länger als 6 Monate leben würde. Seither sind 7 Jahre verflossen und das schwächliche Kind ist ein kräftiger Junge geworden; sein der Enucleation geweihtes Auge hat eine vorzügliche Sehschärfe und die Eltern preisen den localen (wenn man will unnützen) Eingriff, bei dem ich es bewenden liess.

Jedenfalls spricht dieses Beispiel dafür, niemals die Enucleation bei der Tuberculose des Auges vorzunehmen, besonders nicht dann, wenn ein Rest von Sehvermögen vorhanden ist.

Ueber den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis.

Von

Dr. Sigmund v. Gerlóczy,
Primararzt am St. Ladislaus-Spitale in Budapest.*)

(Fortsetzung.*)

Von allen an Diphtherie leidenden Kranken hatten blos Rachendiphtherie:

im Jahre 1893 65·7%
» » 1894 62·1%
» » 1895 66·8%.

Blos an Larynxcroup litten:

im Jahre 1893 14·6%
» » 1894 14·0%
» » 1895 12·7%.

Sowohl Croup wie auch Rachendiphtherie hatten:

im Jahre 1893 19·7%
» » 1894 23·8%
» » 1895 20·5%.

Diese Gleichförmigkeit des Krankenmaterials während der drei Jahre ist von besonderer Wichtigkeit, denn die etwaigen Conclusionen, die wir aus denselben ziehen wollen, können bei der Gleichheit des Krankenmaterials keinem Einwande unterliegen.

Wenn wir einen Blick auf die Tabellen werfen, so werden wir mit unseren Conclusionen gewiss gleich im Reinen sein.

Betrachten wir also die Unterschiede zwischen den zwei Jahren vor der Aera des Heilserums und zwischen dem Jahre 1895:

Alter der Kranken	Jahr	Diphtheritis faucium (et narium)		Croup laryngis		Diphtheritis et croup.		Zusammen	
		Geheilt %	Gestorben %	Geheilt %	Gestorben %	Geheilt %	Gestorben %	Geheilt %	Gestorben %
0—5 Jahre	1893	46·8	53·2	28 0	72·0	11·8	88·2	33·3	66·7
	1894	43·6	56·4	20·0	80·0	18·1	81·9	29·9	70·1
	1895	82·2	17·8	53·2	46·8	61·2	38·8	71·1	28·9
5–10 Jahre	1893	77·5	22·5	60·0	40·0	57·1	42·9	73·1	26·9
	1894	86·0	14·0	100·0	0·0	33·3	66·7	80·0	20·0
	1895	95·3	4·7	100·0	0·0	85·7	14·3	94·2	5·8
Zusammen	1893	64·3	35·7	35·5	64·5	19·0	81·0	51·2	48·8
	1894	72·3	27·7	37·5	62·5	20·4	79·6	55·1	44·9
	1895	88·9	11·1	56·9	43·1	65·9	34·1	80·1	19 9

Wie aus den obigen Daten ersichtlich, ist das Heilungspercent nicht nur bei den Fällen von reiner Rachendiphtherie, sondern auch bei denen von Larynxcroup und noch mehr bei jenen von Croupdiphtherie bedeutend gestiegen.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 21.

Das Resumé der Gesammtstatistik aller drei Jahre ist folgendes:

Während wir im Jahre 1893 51·2%, im Jahre 1894 55% geheilte Fälle hatten, konnten wir im Jahre 1895 80·1% verzeichnen, welche Zahl im Vergleich zu 1893 eine Besserung der Statistik der geheilten Fälle um 28·9%, im Vergleich zu 1894 um 25% aufweist.

Ich schickte die Aufzählung der vergleichenden Daten voraus, um jetzt zur eingehenden Würdigung der mit Serum behandelten Fälle überzugehen.

Auf meiner Abtheilung werden bei allen auf die Diphtheritis-Abtheilung aufgenommenen Kranken, also bei all denjenigen, bei welchen die klinische Diagnose auf Diphtherie gestellt wird, bacteriologische Untersuchungen vorgenommen. Von den 500 Diphtheriefällen war der bacteriologische Befund bei 442 positiv; bei den übrigen 58 war der Befund entweder negativ, oder aber der Kranke starb einige Stunden nach der Aufnahme ohne bacteriologische Untersuchung. Bemerkenswerth ist noch, dass von den Diphtheriekranken, bei denen der bacteriologische Befund negativ war, neun an reinem Larynxcroup litten, wo das vollständige Fehlen des Belages den negativen Befund vollständig erklärt. Andererseits wissen wir aber auch, dass der bacteriologisch negative Befund die Diphtherie noch immer nicht ausschliesst, da wir trotz des negativen Befundes nicht selten Fälle von sehr schwerer, manchmal sogar letal endender Diphtheritis sahen.

Wenn es überhaupt möglich ist, die Krankheit nach ihren Graden zu classificiren, so hatten wir unter den 315 Fällen von Rachendiphtherie 98 Fälle leichten Grades, 129 Fälle mittleren Grades, 88 Fälle schweren Grades. Unter den 72 Fällen von Larynxcroup waren 17 leichte, 2 mittelschwere und 53 schwere Fälle.

Da Croupdiphtherie stets die schwerste Form der Diphtheritis bedeutet, so ist es leicht verständlich, dass unter den 113 Kranken 1 leichter, 22 mittelschwere und 90 schwere Fälle waren.

Um Sie davon zu überzeugen, dass unter den 108 Verstorbenen auch so schwere Fälle waren, bei denen das Serum nicht mehr wirken konnte, genüge die Erwähnung der Thatsache, dass 24 Kranke schon am ersten Tage des Aufenthaltes im Spitale, also innerhalb 24 Stunden starben, und zwar 9 blos an Rachendiphtherie, 10 an Larynxcroup und 5 an Croupdiphtherie leidende Kranke. 29 Kranke starben innerhalb 48 Stunden, wovon 21 an Croupdiphtherie litten.

Es ist nicht ohne Interesse, zu wissen, an welchem Tage der Erkrankung die Patienten in unsere Behandlung kamen. Unter den 500 Fällen konnte der Beginn der Krankheit nur bei 248 constatirt werden. Solche, die am ersten Tage der Krankheit auf unsere Abtheilung kamen, die also gleich bei Beginn der Krankheit mit Serum behandelt wurden, waren 12; am zweiten Tage der Krankheit kamen auf unsere Abtheilung 64, am dritten Tage 42, am vierten Tage 64, am fünften Tage 23, nach dem sechsten Tage 43.

Auf Grund meiner Erfahrungen, die ich aus diesen Daten schöpfte, kann ich Ihnen sagen, dass die Chancen der Heilung bei denjenigen Kranken, die nach dem dritten Tage in Behandlung kamen, sichtlich geringer ausfielen, als bei denjenigen, die das Spital oder den Arzt früher aufsuchten.

In Tabelle Nr. 4 finden Sie den nach einzelnen Monaten detaillirten Ausweis über die im Jahre 1895 mit Serum behandelten 401 Fälle. Wie aus dieser Tabelle ersichtlich ist, hatten wir im Monate Juli 9·3%, im Monate Mai 11·1% Todesfälle, die schlechtesten Monate waren Februar mit 33·3% und März mit 32·2% Todesfällen. Diese grosse Schwankung findet ihre Begründung in dem Umstande, dass, während wir in den Monaten Juli und Mai kaum einen Fall von Larynxcroup hatten, in den Monaten Februar und März gerade im Gegentheil viel Croupfälle auf unsere Abtheilung kamen.

Tabelle Nr. 4. — 1895.

Monat	Diphtheritis faucium et narium					Croup laryngis					Croup laryngis et diphtheritis faucium					Zusammen				
	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen
Jänner	11	84·7	2	15·3	13	1	100	0	0·0	1	1	33·3	2	66·7	3	13	76·5	4	23·5	17
Februar	11	84·7	2	15·3	13	3	60·0	2	40·0	5	2	33·3	4	66·7	6	16	66·7	8	33·3	24
März	16	80·0	4	20·0	20	0	0·0	6	100	6	5	100	0	0·0	5	21	67·8	10	32·2	31
April	23	88·5	3	11·5	26	5	100	0	0·0	5	7	67·8	2	22·2	9	35	87·5	5	12·5	40
Mai	21	95·5	1	4·5	22	1	100	0	0·0	1	2	50·0	2	50·0	4	24	88·9	3	11·1	27
Juni	16	84·3	3	15·7	19	3	75·0	1	25·0	4	0	0·0	0	0·0	0	19	82·7	4	17·3	23
Juli	26	86·6	3	13·4	29	2	100	0	0·0	2	1	100	0	0·0	1	29	90·7	3	9·3	32
August	11	91·7	1	8·3	12	1	50·0	1	50·0	2	9	90·0	1	10·0	10	21	87·5	3	12·5	24
Septemb.	30	88·3	4	11·7	34	3	37·5	5	62·5	8	5	71·5	2	28·5	7	38	77·6	11	22·4	49
October	31	96·9	1	3·1	32	4	66·7	2	33·3	6	7	58·4	5	41·6	12	42	84·0	8	16·0	50
Novemb.	25	80·7	6	19·3	31	4	57·2	3	42·8	7	8	72·8	3	27·2	11	37	75·6	12	24·4	49
December	17	100	0	0·0	17	2	50·0	2	50·0	4	7	50·0	7	50·0	14	26	74·2	9	25·8	35
Summe	238	88·9	30	11·1	268	29	56·9	22	43·1	51	54	65·9	28	31·1	82	321	80·1	80	19·9	401

Tabelle Nr. 5. — Mit Serum behandelte 500 Diphtherie-Kranke.

Alter der Kranken nach Jahren	Diphtheritis faucium et narium					Croup laryngis					Croup laryngis et diphtheritis faucium					Zusammen				
	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen	Geheilt	%	Gestorben	%	Zusammen
0—1	13	68·9	6	31·1	19	6	54·5	5	45·5	11	4	36·3	7	63·7	11	23	56·0	18	44·0	41
1—2	21	77·7	6	22·3	27	7	77·8	2	22·2	9	12	60·0	8	40·0	20	40	71·4	16	28·6	56
2—3	29	83·3	7	16·7	36	12	54·6	10	45·4	22	14	43·7	18	56·3	32	55	61·2	35	38·8	90
3—4	41	89·7	5	10·3	46	8	57·1	6	42·9	14	6	50·0	6	50·0	12	55	76·4	17	23·6	72
4—5	24	88·9	3	11·1	27	4	50·0	4	50 5	8	15	75·0	5	25·0	20	43	76·4	12	23·6	55
0—5	128	82·5	27	17·5	155	37	57·8	27	42·2	64	51	53·6	44	46·4	95	216	68·7	98	31·3	314
5—6	32	96·7	1	3·3	33	2	66·7	1	33·0	3	7	77·7	2	22·3	9	41	91·1	4	8·9	45
6—7	23	92·0	2	8·0	25	1	100	—	0·0	1	1	50·0	1	50·0	2	25	89·1	3	10·9	28
7—8	16	94·2	1	5·8	17	2	100	—	0·0	2	1	100	—	0·0	1	19	95·0	1	5·0	20
8—9	17	100	—	0·0	17	—	—	—	—	—	2	100	—	0·0	2	19	100	—	0·0	19
9—10	11	100	—	0·0	11	2	100	—	0·0	2	1	100	—	0·0	1	14	100	—	0·0	14
5—10	99	96·2	4	3·8	103	7	87·5	1	12·5	8	12	80·0	3	20·0	15	118	93·6	8	6·4	126
0—10	227	87·2	31	12·8	258	44	61·2	28	38·8	72	63	57·2	47	42·8	110	334	75·9	106	24·1	440
10—15	18	90·0	2	10·0	20	—	—	—	—	--	2	100	—	0·0	2	20	90·1	2	9·9	22
15—20	19	100	—	0·0	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	100	—	0·0	19
20—30	13	100	—	0·0	13	—	—	—	—	—	1	100	—	0·0	1	14	100	—	0·0	14
30—45	2	100	—	0·0	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100	--	0·0	2
40 50	2	100	—	0·0	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100	—	0·0	2
Ueber 50	1	100	—	0·0	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100	—	0·0	1
Summa	282	89·5	33	10·5	315	44	61·2	28	38·8	72	66	58·4	47	41·6	113	392	78·4	108	21·6	500

In einer anderen Tabelle finden Sie detaillirte Daten über die 500 mit Serum behandelten Fälle. Wie aus denselben ersichtlich ist, heilten von den Diphtheriekranken 89·5%, von den Croupfällen 61·2%, von den Croupdiphtheriefällen 58·4%. Das Gesammtresumé der Daten ist, dass von den 500 Kranken 78·4% heilten und 21·6% starben.

Dieses Resultat deckt sich beiläufig mit dem Resultat ausländischer Autoren, und zwar hatte Ranke in München 18% Todesfälle, Armand-Ruffer 18·1%, Baginsky 15·8% und endlich Welch 18·7% Todesfälle.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der k. k. böhmischen chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Maydl in Prag.

Casuistischer Beitrag zur Magenchirurgie.

Von
Dr. O. Kukula,
klin. Assistenten.

(Fortsetzung.*)

J. R., 47 Jahre alt, sonst immer gesund, leidet seit vier Monaten an Magenbeschwerden. Um diese Zeit stellten sich nämlich bei der Patientin anfangs unbestimmte Schmerzempfindungen im Epigastrium ein, die allmählig einen stechenden, drückenden Charakter

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 21.

annahmen. Etwa nach vier Wochen fing Patientin an, an Obstipation zu leiden, die durch fünf Wochen dauerte und mit heftigen Schmerzen in der Coecal- und Nabelgegend begleitet war. In der Nacht hatten die Schmerzen immer so nachgelassen, dass der Schlaf ungestört blieb. Während des nächsten Zeitraumes von etwa vier Wochen waren die Schmerzen im Epigastrium geringfügig und steigerten sich ein wenig nur nach dem Essen compacter Speisen. Ende Juni liess die ziemlich hartnäckige Obstipation nach; dafür erschienen von Neuem Schmerzen im Epigastrium und bald nachher Erbrechen, das sich manchmal täglich wiederholte, an anderen Tagen aber gänzlich ausblieb.

Das Erbrochene enthielt meistens Speisereste, war grünlich oder gelblich gefärbt und immer mit Blutspuren vermischt. Gewöhnlich erbrach Patientin eine kurze Zeit nach der Speiseaufnahme. Manchmal wurde auch der Schlaf durch einen starken Brechreiz gestört. Der Appetit war noch vor etwa fünf Wochen befriedigend; seit dieser Zeit trat allmälig Appetitlosigkeit ein. Vor vier Wochen bemerkte Patientin in der Nabelgegend einen harten Knoten in der Grösse eines Hühnereies, der langsam an Grösse zunahm; Patientin fing an sichtlich abzumagern, fühlte sich stets matt und entschloss sich deshalb unsere Klinik aufzusuchen, woselbst sie am 21. Juli aufgenommen wurde.

Status präsens: Gracile, ziemlich stark abgemagerte Frau von kachektischem Aussehen. Temperatur normal; die Untersuchung der Brustorgane weist keine pathologischen Veränderungen auf. Bauchdecken schlaff, Abdomen nicht aufgetrieben; links vom Nabel eine faustgrosse Hervorwölbung, die durch Palpation als ein derber hühnereigrosser Tumor sich manifestirt. Der Tumor hat eine höckerige Oberfläche und zeigt eine grosse Beweglichkeit nach allen Richtungen; die Athmungsbewegungen werden ohne Zweifel demselben mitgetheilt; bei tiefer Inspiration rückt der Tumor etwas nach abwärts. Bei Insufflation des Magens erscheint die Curvatura major mehrere Centimeter unter der Nabellinie und das Neugebilde bewegt sich nach rechts gegen den Rippenbogen.

Klinische Diagnose: Carcinoma pylori mit secundärer Gastrektasie.

Operation am 30. Juli 1895 in vermischter Chloralchloroform- und Aethernarkose; 10 cm querer Schnitt oberhalb des Nabels. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle wird der Tumor herausgeholt. Der Pylorustheil erweist sich vollkommen durch einen faustgrossen höckerigen Tumor eingenommen, der sich auch theilweise auf's Colon transversum erstreckt; die Mesenterialdrüsen stark geschwollen und hart indurirt.

Gastroenterostomie nach Doyen. Durch einen stumpfen Schlitz des Ligamentum gastrocolicum wird das grosse Netz nach hinten durchgezogen und das Colon transversum durch etliche Knopfnäthe an die grosse Curvatura des Magens befestigt. Hierauf wird die aufgefundene erste Jejunalschlinge entlang der grossen Curvatur gelegt und durch eine fortlaufende Nath die erste Serosa-serosa-Nath in der Ausdehnung von 14 cm gemacht. Nachher wird etwa 2 cm von den Enden der letzteren eine zweite Sero-serosa-Nath angelegt, durch Thermokauter der Magen, sowie auch die Darmhöhle in der Länge von etwa $2^1/_2$ cm eröffnet und sofort eine Mucosanath angelegt, die den eröffneten Magen und Darm verbindet. Hierauf wird die vordere innere Serosanath angelegt, nachdem der zuführende Schenkel des Darmes etwas nach der Länge gefaltet wurde, und endlich die vordere äussere Sero-serosa-Nath. Nach Reposition der so gebildeten Anastomose Schluss der Bauchdecken durch eine dreifache fortlaufende Etagennath.

Verlauf: Patientin hatte sich nach der $1^1/_4$ Stunden langen Operation Nachmittags gänzlich erholt und fühlte sich ziemlich wohl. Den nächsten Tag früh etwas Aufstossen, später Brechreiz, endlich gegen Abend bricht Patientin öfters hintereinander. Puls 106, kräftig, Abdomen schmerzfrei. Das Erbrochene besteht aus galliger Flüssigkeit und enthält hie und da kleine Klümpchen geronnenen Blutes. Nächsten Tag, nach einer ziemlich schlaflosen Nacht, wird das Erbrechen noch intensiver. Patientin wird durch Nährklystiere ernährt, bekommt aber auch Giesshübler mit Cognac, der sofort erbrochen wird, Morphium, Eispillen. Den dritten Tag nach der Operation hat die Intensität des Erbrechens sichtlich abgenommen. Patientin fühlte sich etwas gestärkt; keine Schmerzen im Abdomen, kein Meteorismus; auch der vierte Tag nach der Operation war ziemlich befriedigend, doch stellte sich Nachts wiederum ein starkes Erbrechen ein; wie vorher bestand das Erbrochene aus der genossenen Flüssigkeit und Galle. Nachdem auch starke Dosen von Morphium, Eispillen etc. keinen Erfolg hatten, wurde in Narkose nochmals laparotomirt und die Gastroenteroanastomose revidirt. Kein Zeichen eines Ileus oder einer Peritonitis, deshalb Schluss der Operationswunde, nachdem noch durch einige Näthe der zuführende Schenkel des Jejunum an die Curvatura major angeheftet wurde. Nach der zweiten Operation war Patientin stark collabirt, erholte sich aber gegen Abend etwas. In der Nacht stellte sich wiederum ein profuses Erbrechen ein, das bis zum Tode, der am siebenten Tage nach der Operation erfolgte, fortdauerte. Der Verlauf war vollkommen apyretisch.

Sectionsbefund: Fibröses Carcinom des Pylorus mit starker Erweiterung des Fundus ventriculi und Infiltration der Lymphdrüsen im Mesenterium und Ligam. gastrocolicum, Oedema pulmonum, Atrophia universalis. Die Gastroenteroanastomose war vollkommen consolidirt. Duodenum unbedeutend erweitert.

K. S., 33 Jahre alt, machte in ihrem 9. Lebensjahre Masern durch; Familienanamnese ohne Belang. Vor einem Jahre stellte sich bei der Kranken hie und da Appetitlosigkeit ohne Schmerzen oder Erbrechen ein und erregte bei der gesunden Frau keine Besorgnisse. Vor etwa fünf Monaten fing Patientin an, nach Speisenaufnahme unbestimmte Schmerzen in der Magengegend zu verspüren; um diese Zeit stellte sich auch hie und da Aufstossen ein. Nach einem Monate verspürte Patientin stechende Schmerzen im Epigastrium, dass auch auf Druck schmerzhaft wurde. Erbrechen trat nach jeder Nahrungsaufnahme ein. In der Meinung, dass diese Beschwerden durch einen Bandwurm verursacht werden, nahm Patientin auf Rath ihrer Nachbarin ein Purgans ein, das jedoch den erwünschten Erfolg nicht hatte. Patientin consultirte hierauf mehrere Aerzte, doch ihr Zustand besserte sich nicht. Im Gegentheil, es trat oft recht starke Obstipation ein, Patientin erbrach nach jeder Nahrungsaufnahme und magerte sichtlich ab. Sie suchte endlich auf Rath des behandelnden Arztes die interne Klinik des Prof. Maixner auf und wurde nachher, nachdem ein Tumor des Pylorus constatirt wurde, unserer Klinik zugewiesen.

Status präsens: Die Kranke, von mittlerer Gestalt und gracilem Körperbau, ist ziemlich abgemagert. Die Brustorgane bieten normalen Befund. Das Abdomen weich, eingesunken, bis auf eine Stelle des Mesogastrium linkerseits direct beim Nabel, wo dasselbe eine kleine Hervorwölbung zeigt. Bei näherer Untersuchung palpiren wir an dieser Stelle einen gänseeigrossen Tumor, dessen Oberfläche und Ränder glatt zu sein scheinen; die Consistenz des frei beweglichen Tumors ist hart; der Tumor auf Druck nicht schmerzhaft. Bei tiefer Inspiration senkt er sich nach unten. In der Magengegend deutliches Plätschergeräusch. Bei der Aufblähung des Magens bewegt sich der Tumor in der Richtung gegen den rechten Rippenbogen; die grosse Curvatur steigt dabei 4 cm unter die Nabellinie. Bei der Ausheberung des Magens entleert sich eine schmutzige, bräunliche Flüssigkeit, in der Reste von Tags vorher genossenen Speisen sich befinden. Urin klar, sauer, enthält kein Eiweiss, keinen Zucker. Körpergewicht 47 kg.

Klinische Diagnose: Carcinonoma pylori; secundäre Magenektasie. — Operation: Pylorectomie am 3. September 1895 in vermischter Narkose (Chloral-Chloroform 35 gr und Aether 140 gr); Dauer $^7/_4$ Stunden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen queren, 10 cm langen Schnitt oberhalb des Nabels, wurde der Tumor herausgeholt. Derselbe umfasste den Pylorustheil des Magens in einer Länge von etwa 8 cm, war ausserordentlich hart, hatte jedoch eine ziemlich glatte Oberfläche und umfasste in gleichem Masse die vordere, sowie auch hintere Wand des Pylorus. Keine Adhäsionen; das vorgelagerte Netz lässt sich leicht zur Seite schieben. Es wurde nun zuerst, 3 cm vom Tumor entfernt, der Magen resecirt und während der Assistent das Lumen des resecirten Pylorustheiles comprimirte, sofort behufs Verkleinerung der Magenschnittfläche eine Mucosa- und Serosomuscularis-Knopfnath, von der kleinen Curvatur angefangen, angelegt. Hierauf wurde die theilweise zusammengenähte Magenpartie einem zweiten Assistenten zur Compression übergeben und nun lege artis der Pylorustheil exstirpirt und die Vereinigung des Duodenums mit dem resecirten Magen ver-

mittelst Mucosa- und Serosomuscularisknopfnath vollführt. Fortlaufende Etagennath der Bauchwunde.

Das exstirpirte Magenstück ist an der grossen Curvatur $12^1/_2$ cm lang, an der kleinen 8 cm lang und zeigt eine hochgradige Verengerung des Lumens. Am Durchschnitte sieht man an der kleinen Curvatur einen kreuzergrossen Defect in der Schleimhaut mit ziemlich steilen Rändern und unebenem Grunde; die Wand des stricturirenden Tumors ist stellenweise, hauptsächlich aber in der Nähe des erwähnten Schleimhautdefectes, bis 9 mm dick und lässt leicht die einzelnen indurirten Schichten der Magenwand erkennen. Die Schleimhaut ist überall 3 mm dick, bis auf das erwähnte Geschwür, wo makroskopisch keine Schleimhaut bemerkbar ist; der Grund dieses Geschwüres ist durch die harte Submucosa gebildet, die hauptsächlich in der nächsten Nähe des Geschwürs eine ansehnliche Dicke von 4 mm erreicht; auch die Muscularis ist verdickt, doch hat dieselbe fast im ganzen Bereiche dieselbe Dicke von 4 mm und ist ebenfalls hart infiltrirt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man in der Nähe des Geschwürs, in dem Drüsengewebe der Mucosa, ein kleinzelliges Infiltrat; je mehr man sich der Wand des Geschwürs nähert, umso mehr erscheint an Stelle des normalen Gewebes die typische Structur eines Scirrhus, der aus unregelmässigen aus epitheloiden Zellen zusammengesetzten Streifen besteht. Dieselben sehen wir auch in der Muscularis mucosae und submucosae; direct an der Oberfläche an den Wänden des Geschwüres ist ein Zerfall derselben ersichtlich. Die Submucosa, sowie auch die Muscularis bedeutend verdickt und namentlich die erstere durch Anhäufungen von epitheloiden Zellgebilden durchdrungen. Scirrhus pylori exulcerans.

Der Verlauf war ein sehr günstiger; vollkommen apyretisch. Die abgemagerte Kranke vertrug die Operation sehr gut und war schon des Abends guter Laune. Die Nahrung bestand in den ersten drei Tagen aus Giesshübler und Cognac löffelweise per os und täglich zwei Nährklystiren; am 4. Tage bekam Patientin löffelweise Suppe, am 8. Tage wurden die Nährklystire ausgesetzt und zuerst flüssige, dann halbflüssige Kost etc. der Kranken verordnet. Erster Verbandwechsel am 8. Tage nach der Operation; vollkommene Prima; Entfernung der Näthe; in der Pylorusgegend keine Druckempfindlichkeit, keine Resistenz. Am 22. Tage nach der Operation wurde Patientin geheilt entlassen; selbe wiegt 51 kg, befindet sich ganz wohl, hat regen Appetit, weder Beschwerden, noch Schmerzen. Die Operationswunde vollkommen geheilt; Narbe linear, auf Druck unempfindlich; Plätschergeräusch vollkommen geschwunden.

Collega Dr. Paul in Jaroměr untersuchte die Kranke am 22. Jänner 1896 und theilte mir mit, dass die Frau an Gewicht zunimmt (60 kg), einen guten Appetit entwickelt und sich ganz wohl befindet.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 13. Mai 1896.

Siegmund Erdheim: Zwei Fälle von Spontanfractur des Oberschenkels.

Der erste Fall betrifft einen 39jährigen Mann, welcher im September v. J. im Anschluss an einen Schlag auf den Unterschenkel eine Phlegmone acquirirte, die auf den Oberschenkel übergriff; dieselbe war unter entsprechender Behandlung der Heilung nahe, als Patient beim Sitzen auf dem Abort plötzlich einen stechenden Schmerz im rechten Oberschenkel fühlte und sich nicht mehr erheben konnte. Die Untersuchung ergab einen von der Mitte des Oberschenkels bis in die Trochantergegend reichenden Tumor und innerhalb desselben Crepitation und abnorme Beweglichkeit. Es wurde Sarkom diagnosticirt und hohe Amputation gemacht, bei der Operation entschied man sich jedoch für Exarticulation. Die nachherige Untersuchung ergab, dass es sich um einen osteomyelitischen Process handle (Demonstration des Präparates); während sonst bei dieser Krankheit die Sequesterlade genügend Festigkeit besitzt, um der Belastung Stand zu halten, war sie hier durch Abscedirung zerstört worden. Der zweite Patient wurde im Herbst vorigen Jahres wegen Schmerzen im rechten Oberschenkel und Knie auf einer Klinik mit Massage behandelt; als er am 22. October nach einer Massage die Beine beim Stiefelanziehen kreuzte, fühlte er einen heftigen Schmerz und konnte nicht mehr aufstehen; es wurde eine Fractur festgestellt, welche sich jedoch nicht consolidiren wollte; nach einigen Wochen konnte man dann am Oberschenkel einen Tumor fühlen, den man für ein Sarcom hielt; auch hier wurde Exarticulation gemacht; die mikroskopische Untersuchung ergab «Peritheliom»; es musste also an primären Sitz einer Geschwulst in der Niere gedacht werden; von dieser Seite lagen jedoch vorläufig keine Symptome vor; erst später entwickelte sich in der rechten Nierengegend ein jetzt sehr leicht palpabler Tumor und vor drei Wochen stellte sich Nierenblutung ein, bei welcher Gelegenheit sich auch ein drehrundes Blutgerinnsel, Abguss des Ureter, entleerte; derselbe Vorgang wiederholte sich vor zwei Tagen unter Erscheinungen von Nierenkolik. Im blutigen Urin finden sich weisse, glänzende Schüppchen, welche aus Zellaggregaten bestanden. Beide Patienten haben die Exarticulation gut überstanden, bei dem zweiten ist die Prognose natürlich wegen des Nierentumors infaust.

Moritz Schein: Einige Bemerkungen zu dem Falle von Naevus pilosus, welchen Doc. Schiff in der letzten Sitzung vorgestellt hat.

Schein meint, dass die in dem Falle bestehende Hypertrichosis nicht als Folgezustand der abnormen Pigmentation aufzufassen sei und führt die Gründe hiefür an. Beide Zustände sind vielmehr als nur nebeneinander bestehend anzusehen, dabei allerdings auf eine gemeinsame Ursache, auf stärkere Hyperämie der Haut, zurückzuführen.

Adam Politzer: Ueber Trommelfellbefunde.

Politzer gibt einen kurzen historischen Ueberblick über die Entwicklung der otiatrischen Untersuchungsmethoden, an welchen er selbst in 35jähriger Thätigkeit mitgewirkt habe. Er hat im Beginn seiner Thätigkeit die Trommelfellbefunde studirt und geordnet und dabei namentlich Werth darauf gelegt, seine Befunde durch pathologisch-anatomische Untersuchungen zu ergänzen, wozu ihm bei dem grossen Material des Kranken- und Versorgungshauses reichlich Gelegenheit geboten war; so konnte er nach fünfjähriger Arbeit diese Befunde veröffentlichen. Um nun zu diesen Befunden erläuternde Illustrationen vorlegen zu können, hat er selbst Aquarellmalerei betrieben und die Zeichnungen angelegt; eine Vervielfältigung dieser Zeichnungen auf dem Wege der Chromolithographie wird demnächst erscheinen und er möchte heute die für jeden praktischen Arzt wichtigen Trommelfellbefunde hier erläutern. Politzer beschreibt das normale Trommelfellbild und demonstrirt das Projectionsbild des Trommelfells; histologisch besteht letzteres aus drei Schichten, der Substantia propria, welche nach aussen von einer Fortsetzung der den Gehörgang auskleidenden Cutis, nach innen von der Schleimhautschichte des Cavum tympani bekleidet ist. Die primären Erkrankungen des Trommelfells sind sehr selten; der Sitz der acuten Entzündung ist die Cutisschichte, welche aufgelockert, abschuppend erscheint; interessant ist die durch Exsudation seröser oder hämorrhagischer Flüssigkeit hervorgerufene Blasenbildung, welche besonders bei der Influenza-Myringitis vorkommt. Die Erkrankung verläuft rasch und günstig. Dieselben Trommelfellbefunde findet man bei Otitis media, wenn sie auf das Trommelfell übergreift; die Differentialdiagnose beruht auf der Gehörprüfung, da die isolirte Myringitis keine wesentliche Gehörstörung veranlasst. Chronische isolirte Myringitiden sind sehr selten; der Trommelfellbefund weist einen schmierigen Belag auf dem Trommelfell, Verdickung und Auflockerung desselben nach. Wichtig ist die Granulationsbildung in Folge dieser chronischen Affection, von welcher manchmal das Trommelfell in seiner ganzen Ausdehnung betroffen wird. Gegen die Granulationen, welche vom Cavum aus auf das Trommelfell übergreifen, grenzen sie sich ab durch die fehlende Gehörsbeeinträchtigung und dadurch, dass bei der Prüfung mit dem Sigl'schen Trichter bei isolirten Granulationen das ganze Trommelfell schwingt. Bei traumatischen Rupturen ergibt sich ein sehr

charakteristischer Befund: Ein klaffender Spalt mit blutig suffundirten Rändern und an anderen Stellen Ecchymosen; bei Lufteinblasung Entweichung der Luft in breitem Strom, während bei den pathologischen Rupturen die Oeffnung eng ist und die Luft daher schwerer durchtritt. Bei einem Trauma ist es für das Gehörvermögen günstiger, wenn eine Ruptur stattgefunden hat; dadurch wird die Erschütterung vom Labyrinth ferngehalten, weil die Gewalt des Trauma sich an der Ruptur erschöpft hat.

Secundäre catarrhalische Processe verlaufen mit und ohne Perforation; die Befunde am Trommelfell sind sehr mannigfaltig, je nach der Durchsichtigkeit desselben und dem Zustande des Mittelohrs. Ein Befund, auf den Politzer zuerst aufmerksam gemacht hat, ist bei Anwesenheit freier Flüssigkeit die den Stand der Flüssigkeit anzeigende Niveaulinie; steht die Flüssigkeit sehr hoch, dann erscheint das Trommelfell im Ganzen gelb gefärbt. Der Nachweis der Niveaulinie ist leicht und sehr wichtig, weil man in diesem Falle die Flüssigkeit entweder durch die Nase ablassen oder, wenn dies bei schleimiger Beschaffenheit nicht möglich ist, durch Paracentese entfernen muss. Sehr wichtig ist die Veränderung der Durchsichtigkeit des Trommelfells, deren häufigste Ursache Kalkeinlagerungen in dasselbe darstellten. Wölbungsänderungen (Einziehungen) erkennt man an einer perspectivischen Verkürzung des Hammergriffs und an Faltenbildung im Trommelfell.

Der Trommelfellbefund bei Otitis media acuta ist verschieden von dem bei Katarrhen und nähert sich eher demjenigen bei Myringitis acuta; auch hier Schwellung und häufig Blasenbildung, Verschwinden des Hammers. Es kann zur Heilung ohne Perforation kommen oder es erfolgt letztere; dann ist das Zwerchfell und der Gehörgang mit Secret bedeckt, selten ist die Perforationsöffnung zu sehen. Ein wichtiges Symptom ist die Pulsation, welche man auch prognostisch verwerthen kann, da ihr Aufhören ein Versiegen der Secretion andeutet. Manchesmal sieht man die zitzenförmige Verbildung des Trommelfells in Folge der Entstehung eines Abscessganges; man findet das am häufigsten bei Influenza. Die Eiterungen sind in diesen Fällen sehr hartnäckig. Schliessung der Perforationsöffnung bedeutet nicht immer Heilung; es kann dahinter der Eiter sich ansammeln und später neuerdings durchbrechen. In einzelnen Fällen beobachtet man raschen Zerfall des Trommelfells, so bei diphtheritischer Entzündung bei Scarlatina.

Die chronischen Processe des Mittelohrs bedingen natürlich sehr mannigfaltige Befunde; besonders hervorzuheben sind die doppelten und mehrfachen Perforationen, welche fast immer auf Tuberculose schliessen lassen; ferner die Granulationsbildung am Trommelfellrest und im Mittelohr; wichtig ist, dass, wenn man einen Theil derselben mittelst absoluten Alkohols zerstört, auch der Rest meistens schrumpft. Nach Aufhören der Eiterung tritt entweder Ueberhäutung der Perforationsöffnung ein oder sie persistirt in Folge Wucherung des Gewebes über den Rand; die Narben sind freistehend oder sie sind mit ihr verwachsen. Politzer erläutert die Differentialdiagnose zwischen diesen Zuständen.

Kurz erwähnt Politzer noch die Befunde bei Septumbildung zwischen Tuba Eustachii und Trommelhöhle, ferner bei Perforation der oberhalb des Processus brevis befindlichen Membrana Shrapnelli, welche Zeugniss geben von einer Eiterung im äusseren Atticus; dieselben beeinträchtigen das Gehörvermögen nicht besonders, sind jedoch sehr hartnäckig, so dass man zu ihrer Heilung die Extraction des Hammers vorgeschlagen hat; letztere soll jedoch nur bei Beeinträchtigung des Gehörvermögens oder wenn Gefahr des Uebergreifens des Processes auf die Schädelhöhle besteht, vorgenommen werden.

Cholesteatome sind mittelst des Spiegels manchmal sehr leicht, manchmal schwer zu erkennen; leicht, wenn die Geschwulstmassen in der Nähe der Perforationsöffnung liegen, schwer, wenn sie sich im oberen Trommelhöhlenraum befinden. Ry.

Königl. Verein der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 11. Jänner 1896.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Julius Dollinger: Erfahrungen über Pathologie und Therapie der tuberculösen Wirbelentzündungen auf Grund von 700 Fällen.

Vom Mai 1883 bis November 1895 beobachtete Dollinger 700 Kranke mit Wirbelentzündungen. Bei diesen Fällen waren 162 kleinere und grössere Kyphosen vorhanden. Bei 538 konnte man die erkrankten Wirbel feststellen, und zwar entfallen auf das Halssegment 63, auf das Rückensegment 321, auf die Lenden 154. Theilt man die Wirbelsäule in drei gleiche Theile mit je acht Wirbeln, so entfallen auf das obere Drittel 69, auf das mittlere 170, auf das untere 299 Erkrankungen. Am häufigsten erkrankte der 12. Rücken- und der 1. Lendenwirbel (64 und 59 Mal). In diesen 2 Wirbeln ist die Erkrankung häufiger, als in der ganzen oberen Hälfte der Wirbelsäule.

Nach dieser statistischen Uebersicht recapitulirt Vortragender die Symptome der Wirbelentzündung und stellt die Aufgaben der Therapie folgendermassen fest: 1. Die Sistirung der Entzündung durch vollkommene Fixirung des erkrankten Wirbeltheiles; 2. Verhüten der Buckelbildung. Der Buckel entsteht theils durch den Zerfall der tuberculösen Infiltration, theils durch die Compression des durch die tuberculöse Nachbarschaft erweichten Wirbelkörpers. Besonders letzteres kann verhütet werden durch Entlastung des Wirbelkörpers vom Körpergewicht. Die Behandlung geschieht ambulant. Tagsüber geschieht die Fixation durch das Mieder, bei Nacht durch die Lageplatte, welche aus einer nach dem Gypsabdrucke der Wirbelsäule verfertigten Mulde besteht. In therapeutischer Hinsicht unterscheidet Dollinger einen oberen und unteren Theil der Wirbelsäule. Zur oberen Hälfte gehören die 7 Hals- und die 5—8 oberen Rückenwirbel.

Bei Besprechung der Therapie der Entzündungen in der oberen Hälfte der Wirbelsäule erwähnt Verfasser die bei der Diagnose der Entzündungen der oberen Halswirbel manchmal auftauchenden Hindernisse. Die Fixation des oberen Theiles geschieht durch eine Hülse, welche auch den Kopf umfasst, ihn hebt und so den Druck auf die erkrankten Wirbel verhindert. Der Apparat muss die Wirbelsäule festhalten. Dollinger demonstrirt den Apparat und die Lageplatte, welche er seit 1886 anwendet. Die Fixirung des unteren Theiles geschieht durch Benützung anderer Stützpunkte. Das Mieder muss vorne hoch sein, um das Vorbeugen des Körpers zu verhindern.

In den 700 Fällen waren Abscesse 152 Mal vorhanden. 15 entfallen auf die obere, 157 auf die untere Hälfte. Im Halssegment erschienen 9 Abscesse im Rachen, die Verfasser, so wie es Bokai bei den idiopathischen macht, vom Munde aus öffnete. Bei den Psoasabscessen erwähnt Verfasser die Erfolge mit Jodoformbehandlung, die nicht so gut sind, als die, welche er nach der eigenen Methode (öffnen über der Crista ilei, Auswischen der pyogenen Membran und Nath) erreichte. Nach dieser modificirten Methode operirte er 20 Abscesse, von denen 13 per primam heilten; Fistelbildung in 2 Fällen, die aber in 6—8 Wochen heilten, länger andauernde Fisteln in 4 Fällen; 1 Mal bildete sich über dem per primam geheilten Abscess eine Fistel. Von den 20 Fällen heilten also vollständig 15; 5 eiterten längere Zeit. Er empfiehlt neuerdings seine Methode.

Lähmungen traten 41 Mal auf, am meisten bei Entzündung der 3. bis 7. Wirbel. 14 Knaben, 27 Mädchen. Parese 10 Mal, die übrigen waren spastische Paralysen, ausgenommen 1 Fall, wo sich zur Entzündung des Atlas und Epistropheus vollkommene Lähmung gesellte.

Die Prognose der Lähmungen ist verhältnissmässig günstig; von 15 bis zum Ende beobachteten Fällen, starb nur einer, der mit Entzündung des Atlas-Epistropheus. Ein zweiter mit Myelitis tuberculosa blieb ganz gelähmt, während 13 vollständig genasen.

Da die Lähmungen durch in das Bindegewebe hineinragende Granulationen hervorgerufen werden, die tuberculösen Granulationen aber bei Fixirung der tuberculösen Knochen und Gelenke schrumpfen,

legt Dollinger die Kranken in eine gut angepasste Lagehülse. Mit dieser Methode werden gute Erfolge erzielt.

Vortragender betont neuerdings die grosse Rolle, welche die absolute Ruhe bei Behandlung der Wirbelentzündung spielt. Die Distraction kann ebenso, wie bei anderen tuberculösen Gelenksentzündungen, vermieden werden. Die gesammten Distractionsmaschinen, werden sie wie die Volkmann'sche Distraction bei liegenden oder bei ambulanten Kranken angewendet, erleichtern die Lage der Kranken nur dadurch, dass sie den erkrankten Theil fixiren, und diese Wirkung kann mit Fixirmaschinen besser erreicht werden. Die Fixirmethode ist alt, schon in den Jahren 1840—1850 trachtete Bonnet diese Methode allgemein zu verbreiten, aber während Bonnet ausser der Fixation noch revulsive Cautherisationen anwendete, bemühte sich bei uns Balassa, die tuberculösen Gelenke nur mit absoluter Ruhe durch harte Verbände zu heilen. Seine Erfolge theilte er im Jahre 1852 in der «Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien», später im Jahre 1858 in der «Wiener medicinischen Wochenschrift» und 1867 im «Orvosi Hetilap» (ungarisch) mit. Balassa tritt mit ganzer Seele für diese seine Methode ein, er fand auch Nachfolger, aber schliesslich geriethen diese Abhandlungen in Vergessenheit. Vortragender hält es für seine Pflicht, die Aufmerksamkeit der Collegen auf diese Thatsachen und Abhandlungen zu richten.

Sitzung vom 18. Jänner 1895.

Julius Donath: Ein Fall von Kleinhirngeschwulst. (Demonstration des anatomischen Präparates. — Autoreferat.)

Das Präparat rührt von einem 19jährigen Heizer her, der mir am 22. Mai v. J. von seinem Bruder vorgestellt wurde.

Anamnestisch ist ein vom 6. bis 10. Lebensjahre bestandener Ohrenfluss hervorzuheben. Das Leiden, um dessentwillen er ärztliche Hilfe suchte, schrieb er einer mächtigen Ohrfeige zu, welche er 2 Jahre vorher als Schmiedelehrling vom Gesellen bekommen hatte, von dem er dann noch dreimal im Kreise herumgedreht wurde. Davon wurde ihm so schwindlig, dass er sofort bewusstlos zusammenstürzte. Er erhob sich von selbst, musste aber 3 Tage das Bett hüten. Am 2. Tage nach der Verletzung trat Erbrechen auf, das bis kurz vor der Vorstellung sich ungefähr jeden 2. Tag wiederholte. Gleichzeitig bekam er Kopfschmerz und Schwindel, die sich bleibend behaupteten.

Der Kranke zeigte den breitbeinigen, unsicheren, schwankenden Gang wie ein Betrunkener, also die sogenannte cerebellare Ataxie. Während aber sonst, nach Angabe der Autoren, in der cerebellaren Ataxie bei Augenschluss keine Zunahme des Schwankens stattfindet, fand ich, dass bei breitbeinigem Stehen und geschlossenen Augen, das Schwanken wohl nur wenig zunahm; bei geschlossenen Füssen ward es schon stärker, und schloss er auch die Augen, dann drohte er hinzufallen. Ich möchte auf diese Beobachtung umso grösseres Gewicht legen, als sie unabhängig von mir, von Prof. E. Jendrassik auf der unter seiner Leitung stehenden Nervenabtheilung der II. internen Klinik (Prof. Kétli), wo Patient später auf mein Ersuchen Aufnahme fand, gleichfalls verzeichnet wurde. Dabei waren die Patellarreflexe gesteigert. Es bestand fibrilläres Zittern der Zunge, Zittern der Hände, besonders beim Ausstrecken. Auch die oberen Extremitäten zeigten Coordinationsstörungen. Die Ataxie der Extremitäten hörte jedoch in der Rückenlage auf. Die Gesichtsfelder zeigten eine leichte Einschränkung für Weiss. Nystagmus bildete sich im Laufe der Beobachtung auf der Klinik heraus. Die Sprache langsam, scandirend. Abnahme des Gedächtnisses und der Intelligenz, die sich weiterhin stetig steigerte.

Ich hebe hier ganz besonders das Scandiren hervor, von welcher Erscheinung Byrom Bramwell behauptet, dass sie ausschliesslich der multiplen Sklerose zukomme.

Am 23. October bekam Patient auf der Klinik einen Ohnmachtsanfall, aus dem er nach $^3/_4$ Stunden wieder zu sich gebracht wurde. Danach entwickelte sich auf beiden Augen Papillitis mit Blutungen. Unter Zunahme des Kopfschmerzes, des Schwindels — welcher den Kranken in der letzten Zeit fortwährend an das Bett gefesselt hatte — sowie des Nystagmus, des Doppelsehens, der Amblyopie, der Sprachstörung, der Vergesslichkeit und Verblödung, erfolgte am 9. December plötzlich der Exitus.

Vom Anfang an stand die Diagnose eines Cerebellarleidens fest; doch konnte über die Natur desselben nichts Näheres ausgesagt werden. Sollte das Trauma als Ausgangspunkt des Leidens angesehen werden, so konnte man an eine Blutung (hämorrhagische Cyste) denken, das Leiden konnte aber auch früheren Datums sein als das Trauma, welch' letzteres dann den Krankheitsprocess bloss beschleunigt hätte. Die auf der Klinik sich entwickelnde Neuritis optica mit der raschen Zunahme der übrigen Erscheinungen liessen das Vorhandensein einer Kleinhirngeschwulst nicht mehr bezweifeln.

Die Obduction (Prof. A. Genersich) ergab: Medullasarcom des Wurmes, welches denselben gänzlich zerstört und nur oben eine $^1/_2$ cm dicke Schichte zurückgelassen hat. Derselbe hat auch die anstossenden Theile der Kleinhirnhemisphären in Mitleidenschaft gezogen und die Zerstörung reicht auf der rechten Seite bis zum Nucleus. Vom hinteren Corpus quadrigeminum ist durch den von der Geschwulst von hinten her ausgeübten Druck, das linke zu einer 15 mm, das rechte zu einer 2 mm dicken Schichte zusammengeschrumpft. Dabei war ein starker chronischer Hydrocephalus internus vorhanden (mit etwa je 20 gr klarer Flüssigkeit in den Seitenventrikeln), welcher das Gehirn unter so starken Druck gesetzt hatte, dass die Gyri ganz abgeplattet und die Lamina vitrea der Schädelknochen stark geschwunden waren. Die Communication zwischen 3 und 4. Hirnventrikel durch den Aquaeductus Sylvii linkerseits, zufolge Verlöthung der oberen mit der unteren Wand im IV. Ventrikel verlegt. Ferner Atrophie der Optici, Oculomotorii und Trochleares.

Was die Interpretation des anatomischen Befundes anlangt, so ist der Kleinhirngeschwulst und speciell der Zerstörung des Wurmes die eigentliche Coordinationsstörung zuzuschreiben, desgleichen der Nystagmus und, meines Erachtens, auch die scandirende Sprachstörung. In Folge des Druckes, welchen die Geschwulst auf den IV. Ventrikel ausübte, kam es zur behindernden Communication mit dem Centralkanal und Subarachnoidalraum und dadurch zum Hydrops der Ventrikel. Die intracranielle Drucksteigerung durch die Geschwulst und die Hirnhöhlenwassersucht brachte Compression der II., III. und IV. Hirnnervenpaare zu Stande und dadurch Papillitis, Augenmuskellähmungen, sowie Abschwächung der geistigen Fähigkeiten. Die Druckatrophie des hinteren Corpus quadrigeminum wird wahrscheinlich auch zur Steigerung der Gleichgewichtsstörungen beigetragen haben. Denn wir wissen ja, dass im Corpus quadrigeminum Opticusfasern mit Nervenfasern in Verbindung stehen, welche zu den Kernen der Augenmuskelnerven ziehen, also eine Uebertragung von Retinalreizungen auf den Augenmuskelapparat stattfindet, und dass nach Ferrier's Versuchen Läsionen des Corpus quadrigeminum Gleichgewichtsstörungen beim Stehen und Gehen hervorrufen.

Dr. Mohr (Budapest).

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Vom 8. bis 11. April 1896.

(Fortsetzung.*)

H. Pässler und E. Romberg (Leipzig): Weitere Mittheilungen über das Verhalten von Herz und Vasomotoren bei Infectionskrankheiten.

Auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck hat Romberg über gemeinsam mit Bruhns und Pässler angestellte Versuche berichtet, die zur Klärung der Frage dienen sollten, welcher Antheil an den klinisch als Herzschwäche bezeichneten Erscheinungen bei Infectionskrankheiten dem Herzen, welcher den Vasomotoren zukäme. Durch Blutdruckmessungen an inficirten Thieren wurde ermittelt ob eine Störung des Kreislaufs vorhanden war. Verschiedene Manipulationen ermöglichten ein Urtheil darüber, ob die Störung anzeigende Blutdrucksenkung durch ungenügende Thätigkeit des Herzens oder der Vasomotoren oder beider Componenten des Kreislaufs hervorgerufen war. — Es war auf diese Weise das Verhalten des Kreislaufs bei der Pneumococcen- und der Pyocyaneus-Infection des Kaninchens studirt worden. Bei beiden kommt das Versagen des

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 16, 17, 18 und 19.

Kreislaufs durch Lähmung der Vasomotoren zu Stande. Es liess sich feststellen, dass eine Lähmung des Vasomotorencentrums im verlängerten Mark die Ursache derselben war. Eine Schädigung des Herzens selbst hatte keinen Antheil daran. Dagegen gab das Verhalten des Herzens der Kreislaufsstörung ein individuelles Gepräge. Bei der Pneumococcenerkrankung wird eine Zeit lang bei bereits beginnender Vasomotorenschwäche durch gesteigerte Herzarbeit der arterielle Druck auf der zum Leben nöthigen Höhe gehalten; bei der Pyocyaneusinfection ist in manchen Fällen die Herzthätigkeit auffallend verlangsamt oder irregulär. Ganz vereinzelt wurden auch Erscheinungen wirklicher Herzschwäche beobachtet. Aber auch dann treten sie an Bedeutung gegen die Vasomotorenlähmung zurück.

Jetzt haben Pässler und Romberg Versuche mit Diphtheriebacillen bei Kaninchen angestellt. Es zeigte sich ein ausserordentlich typisches Verhalten des Kreislaufs bei dieser Krankheit, mochte die Infection in einem Tage oder in $1-1^1/_2$ Wochen zum Tode führen. Je nach der Schnelligkeit des Krankheitsverlaufs sank der arterielle Druck sehr rasch oder allmählig auf Werthe herab, die eine Fortdauer des Lebens unmöglich machen. Auch hier war das Absinken des Blutdruckes ausschliessliche Folge einer Vasomotorenlähmung, auch hier war die Lähmung des Oblongatacentrums die Ursache derselben. Die normale Functionsfähigkeit der peripheren Gefässmuskeln und -Nerven, der Goltz'schen Centren im Rückenmark konnte direct erwiesen werden. Auch hier war die Herzkraft nicht nachweisbar geschädigt, und also an den Erscheinungen der sogenannten Herzschwäche im Verlaufe der Infection selbst unbetheiligt.

Dagegen zeigte sich regelmässig eine auffällige Störung des Herzrhythmus. Die Herzaction wurde gegen das Ende der Krankheit stets beträchtlich verlangsamt, bisweilen auch irregulär. Die Ursachen der Erscheinungen suchen Pässler und Romberg nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten in einer Beeinflussung des Herzens durch das Diphtheriegift. Sie werfen die Frage auf, ob die Schädigung vielleicht hauptsächlich die Vorhöfe betrifft, wofür die im Vergleich zur Ventrikelmusculatur hochgradige vacuoläre Entartung der Vorhofmuskulatur zu sprechen scheint. Bemerkenswerth war der überraschend geringe Einfluss der starken Verfettung des Myocards auf Leistungsfähigkeit und Rhythmus des Herzens. Es wurde auch festgestellt, dass die Verfettung sich erst in der letzten Zeit des Lebens entwickelt.

Die Ergebnisse der Thierversuche sind auf die menschliche Pathologie wohl übertragbar. Das schädliche Agens, das von den Bacillen producirte Gift ist das gleiche. Die klinischen Erscheinungen sind sehr ähnliche. Auch die Verlangsamung der Herzthätigkeit, die beim Menschen naturgemäss durch die mannigfachen Complicationen der Diphtherie leicht verdeckt wird, wird in einzelnen Fällen sehr ausgesprochen, in nicht ganz seltenen Fällen wenigstens in geringem Grade gefunden. So sind wohl auch beim Menschen die klinisch als Herzschwäche bezeichneten Erscheinungen im Verlaufe der Diphtherieinfection auf die Schwäche, respective Lähmung der Vasomotoren zurückzuführen. Das Herz ist daran unbetheiligt, falls es nicht bei ausgedehnter Erkrankung des Respirationstractus direct durch Ueberdehnung des rechten Ventrikels geschädigt wird.

Von der Störung des Kreislaufs im Bereiche der Infection sind die postdiphtheritischen Herzerscheinungen streng zu trennen.

Pässler und Romberg kommen auf Grund ihrer Versuche und theoretischen Ueberlegungen zu der schon früher von Romberg vertretenen Ansicht, dass diese Herzerscheinungen im Verlaufe der Reconvalescenz nicht einer directen Wirkung des Diphtheriegiftes auf die Kreislauforgane, sondern der Entwickelung der diphtheritischen Myocarditis ihre Entstehung verdanken. Selbstverständlich führen sie die Entstehung dieser infectiösen Myocarditis auf eine Schädigung des Herzens durch das Diphtheriegift zurück. Sie nehmen aber an, dass die anatomische Erkrankung in ihrem Verlaufe und in ihren Folgen von der weiteren Einwirkung dieses Giftes unabhängig ist.

Quinke (Kiel): Ueber Resorption und Ausscheidung des Eisens.

Vortragender berichtet über Versuche, welche er gemeinschaftlich mit Dr. Hochhaus an Thieren, namentlich an Mäusen über die Resorption und Ausscheidung des Eisens mittelst mikrochemischer Untersuchung angestellt hat. Danach wird das Eisen, sowohl das medicamentöse, wie das Nahrungs-Eisen ausschliesslich im Duodenum und jedenfalls zu einem grossen Theil auf dem Wege der Lymphbahnen resorbirt. Die Ausscheidung geschieht nur ausnahmsweise in den Rindenkanälchen der Niere, in grösserem Massstab im Dickdarm, Cöcum und zwar wahrscheinlich nicht durch die Drüsen, sondern durch Vermittelung der Leukocyten und Epithelien.

Mannaberg (Wien) theilt mit, dass er in einem Fall von lymphatischer Leukämie in dem Zellleib der Lymphocyten scharf umschriebene farblose Körperchen beobachtet habe, an welchen ein Theil schon in der Kälte amöboide Bewegungen wahrnehmen liess. Die Färbung ergab, dass es sich um keine der gekannten Zelldegenerationen handelt, und Mannaberg ist geneigt anzunehmen, dass die Körperchen Protozoën sind, wobei er daran erinnert, dass in der Literatur Fälle von Leukämie bekannt sind (Mosler, M. Ehrlich), welche durch länger dauernde Chinintherapie geheilt worden sind. Auch bei Mannaberg's Patientin hat Chinin eine eingreifende Wirkung erwiesen, indem das Gewicht der Kranken innerhalb 3 Wochen um 5 Kg gefallen ist, was nur durch Einschmelzung der Tumoren zu erklären war.

Ewald (Berlin): Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate.

Der Genfer Physiologe Schiff fasste den bahnbrechenden Gedanken, die Folgen der Thyreodectomie durch die Implantation der Drüse eines anderen Thieres aufzuheben. Aber erst als man erkannt hatte, dass Myxödem, sporadischer Cretinismus, der endemische Cretinismus und die Cachexia strumipriva oder thyreopriva auf den Verlust der Schilddrüse beziehungsweise ihrer Function zurückzuführen seien, war auch dem therapeutischen Handeln beim Menschen seine Bahn gewiesen. Die Ersten, welche ziemlich gleichzeitig die praktischen Folgerungen aus den Erfahrungen zogen, waren Horsley in England und Bircher in der Schweiz.

Man hat zunächst die Glycerinextracte der Drüse beziehungsweise ihre durch Alkohol gewonnenen Niederschläge, sodann die frische Drüse und schliesslich die getrocknete Drüsensubstanz in verschiedener Form und Provenienz verwendet, von thierischen Drüsen die des Hammels, des Schafes und des Schweines verarbeitet. Die epochemachende Entdeckung von Baumann betreffend das Vorkommen einer organischen Jodverbindung in der Schilddrüse — Thyrojodin — hat die therapeutische Verwerthung derselben sozusagen in eine neue Form gegossen. Ueber das Thyreoantitoxin Fraenkel's liegen bis jetzt nur die wenigen an Thieren gemachten Erfahrungen des Entdeckers vor. Das Thyrojodin aber scheint eine sehr wesentliche Verbesserung unseres therapeutischen Rüstzeuges und eine höchst interessante Beförderung unserer physiologischen Kenntnisse darzustellen, ohne dass aber eine wesentliche Umgestaltung dessen, was wir bisher beobachten und feststellen konnten, dadurch veranlasst wird. Durch das Thyrojodin ist die längst gesuchte Exaktheit der Dosirung und die durchaus nothwendige Reinheit der wirksamen Substanz in höherem Maasse wie bisher gewährleistet.

Nach den Untersuchungen von Roos, Treupel und Ewald enthält das Thyrojodin den specifischen Bestandtheil der Schilddrüse oder die specifischen Bestandtheile derselben in toto und kann deshalb der frischen Drüse und den Extracten und Trockenpräparaten derselben substituirt werden. 1 g Thyrojodin mit 0·3 mg Jod entspricht ungefähr 1 g Hammelschilddrüse, wenn man die specifische Wirksamkeit derselben nach ihrem Gehalte an Jod misst. Ein von Notkin gefundener Körper, welcher sich nach der Exstirpation der Drüse im Körper anhäufen, und die Cachexia thyreopriva bewirken soll, ferner zwei von Fraenkel (Wien) aus der Schilddrüse dargestellte Körper, welche übrigens nur bei Thieren

angewendet wurden und auch da nicht die volle Heilwirkung herbeiführten, sind sicher nicht identisch mit dem Baumann'schen Thyrojodin. Hinsichtlich der Wirkung der Schilddrüsenpräparate haben wir zwei Componenten zu unterscheiden: Eine, welche die objectiv nachweisbaren Stoffwechseländerungen umfasst, eine andere, welche gewisse subjective Symptome betrifft, die sich von leichter Unbehaglichkeit bis zu ausgesprochenen Krankheitserscheinungen steigern können. Die letzteren hat man als Thyreoidismus bezeichnet.

Der Stoffwechsel nach Thyreoideapräparaten kann unter Umständen erheblich gesteigert sein. Diese Steigerung kann nicht ohne Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden sein, welche sich zunächst als Schwächezustände äussern: Anorexie, Uebelkeit, Durst, Schlaflosigkeit, Hinfälligkeit, Schwindel, Rücken- und Lendenschmerzen, gesteigerte Pulsfrequenz, Herzpalpitationen Oppressionsgefühle und stenokardische Anfälle. Diese Erscheinungen finden sich mehr oder weniger ausgeprägt bei allen plötzlichen Alterationen des Stoffwechsels, welche mit einem schnellen Abschmelzen eiweisshaltiger Substanz und einer gesteigerten Fettverbrennung verbunden sind. Vorübergehende Anwendung des Thyrojodin, selbst bis zu 4 g pro die, haben keinen erheblichen Einfluss auf den Puls. Von Jodintoxication kann nicht die Rede sein, weil die Menge von Jod in der Drüse und ihren Präparaten sehr gering ist (1 g Hammelschilddrüse = 0·0003 Jod), dagegen werden Intoxicationen überhaupt beschrieben, wie Steigerung der Respirationsfrequenz, Kopf- und Gliederschmerzen, Speichelfluss, Urticaria, Herzklopfen, Zittern u. s. w. Oft genug tritt aber trotz Anwendung grosser Quantitäten sicher wirksamer Präparate überhaupt keine Reaction ein. Ausser den genannten Giftwirkungen pflegen noch Eiweiss, Cylinder und Zucker im Harn gelegentlich aufzutreten. Auf das Vorkommen von Melliturie nach Schilddrüsenbehandlung hat in Deutschland zuerst Ewald aufmerksam gemacht, nachdem ein anderer Fall vorher von Dale James beobachtet war.

(Fortsetzung folgt.)

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

(Fortsetzung.*)

Vorsitzender: Prof. Gruber. Schriftführer: Dr. Kaulmann.

III. Prof. Politzer: **Ueber Knochendefecte in der äusseren Atticuswand.**

Man hat die nach der totalen Zerstörung der Membr. Shrapnelli entstehenden Lückenbildungen im Atticus durch die Entblössung des Knochens von seiner ernährenden Periostlage zu erklären versucht. Dies könnte allenfalls für die untere, zugeschärfte, dünne Knochenwand des Margo tymp. angenommen werden, keineswegs aber von der höher gelegenen dicken Atticuswand, die von den Knochengefässen der oberen Gehörgangswand versorgt wird. Die von Walb vertretene Ansicht, dass eine primäre, eitrige Ostitis des Margo tymp. die Ursache eitriger Entzündungen im Atticus und ihrer Ausgänge in Caries der Atticuswand sein könne, ist durch nichts erwiesen. Politzer ist vielmehr der Ansicht, dass nach Blosslegung des Randes der Incisura Rivini bei der septischen Eiterung, die hier die Regel ist, die Entzündungserreger und Fäulnisscoccen in die Knochenräume eindringen und zum Zerfalle der Knochengewebe führen. Je länger die Eiterung dauert, in desto grösserem Umfange schmilzt der Knochen ein. Die Ausheilung des Eiterprocesses kann daher einmal mit einem kleinen, ein andermal mit einem colossalen Knochendefecte im Atticus abschliessen.

Politzer demonstrirt mehrere hierauf bezügliche Präparate seiner Sammlung:

1. das Präparat einer 75jährigen Pfründnerin. Trommelfell intact. Membr. Shrapnelli zerstört. Oberhalb des Proc. brevis ein erbsengrosser Knochendefect in der äusseren Atticuswand, durch den ein vom Gehörgange eingewandertes Cholesteatom sich hinter den Hammerambosskörper in die Trommelhöhle hineinschiebt. In der Tiefe des Atticus ist eine verästigte Bindegewebsmembran sichtbar;

2. das Präparat einer 88jährigen Pfründnerin. Hintere Trommelfellhälfte zerstört, die vordere, verdickte, mit dem Hammergriff zusammenhängende Trommelfellhälfte mit der inneren Trommelhöhlenwand in Contact. Ueber dem Proc. brevis ein grosser, zackiger Knochendefect, der sich auf einen Theil der hinteren Gehörgangswand ausdehnt und das Antrum mastoideum blosslegt. Im Atticus und Antrum eingewanderte schmutzig-weisse Cholesteatommassen. Ost. tymp. tubae durch Bindegewebe verschlossen;

3. das Präparat eines unbekannten Individuums (zufälliger Befund) mit grubigen Einziehungen des mit der inneren Trommelhöhlenwand verwachsenen Trommelfells. Ausgedehnter Knochendefect im äusseren Atticus, durch den der freiliegende Hammerkopf sichtbar ist. Aehnliche Befunde, bei welchen der Amboskörper fehlt, sind auch von Gruber und Gomperz verzeichnet worden;

4. ein Präparat mit starker Verdickung und Pigmentirung des Trommelfells. Knochendefect in der Atticuswand. Zerstörung des Ambos und des Hammerkopfes, der am Hammerhalse abgesetzt erscheint;

5. Präparat eines Phthisikers mit cariöser Zerstörung der Atticuswand und des Tegmen tymp. Multipler Durchbruch der Dura mater und Exitus lethalis durch Meningitis;

6. decalcinirte Durchschnitte durch die Trommelhöhle. Von einem an acuter Pleuresie verstorbenen 13jährigen Mädchen. Zerstörung der Membr. Shrapnelli mit einem Theile der Atticuswand. Verwachsung des Hammerkopf mit dem Tegmen tymp. und Adhärenz des Trommelfells mit der inneren Trommelhöhlenwand, wie sie auch von Hartmann bei Perforation der Membr. Shrapnelli beobachtet wurde.

Discussion.

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass er bereits vor einigen Jahren in der «Wiener allgemeinen medicinischen Zeitung» einen Aufsatz über die secundären Ausweitungen («Ektasien») im Schläfebeine publicirte, in welchem er die Theorie über das Zustandekommen derselben entwickelte. Speciell machte er darauf aufmerksam, dass am oberen Theile des inneren Randes vom äusseren Gehörgange das Trommelfell sein Gewebe direct von den Weichtheilen des Gehörganges bezieht, dass an dieser Stelle kein Annulus cartilagineus sich befinde, die Trommelfellgefässe mächtiger sind, einerseits also das Gewebe, weil bluthaltiger, auch zu stärkeren Entzündungen disponirt ist und andererseits der Knochen nicht, wie an anderen Stellen des inneren Randes vom äusseren Gehörgange, durch den Annulus cartilagineus geschützt ist, daher auch leichter durch die Eiterung zerstört werden kann. Ein disponirendes Moment für die Infection am Antrum sei auch darin gegeben, dass der zur Bildung des Warzenfortsatzes bestimmte Theil der Schuppe mehr diploetische Substanz enthält und in den schon unmittelbar nach der Geburt nachweisbaren Zellenräumen gerade in diesem Theile die Infection durch eingelagerte Mikroben leichter stattfinden könne, wodurch eine Einschmelzung des Knochens hier um so leichter geschehe.

IV. Dr. Alois Kreidl, Assistent am physiologischen Institut des Prof. Exner, demonstrirt eine Katze, **bei welcher er vor einem Jahre beide Nervi acustici nach einer Modification der Ewald'schen Methode zerstört hatte.** Die Operation geschah in der Weise, dass nach freigelegter Bulla mittelst Paquelins die Acustici vom Foramen rotundum aus im Meatus acusticus internus gleichzeitig mit dem Nervus facialis zerstört wurden. Wenn der Acusticus zerstört ist, zeigt sich noch während der Operation Abfliessen von Liquor cerebrospinalis und horizontaler Nystagmus.

Nach einem Jahre zeigt das Thier noch folgende Symptome, die der Vortragende demonstrirt: breitspuriger, hörbarer Gang, beständige Bewegungen des Kopfes, Ungeschicklichkeit beim Ergreifen der Nahrung, Ungeschicklichkeit beim Springen, verschiedene Gleichgewichtsstörungen. Fehlen der galvanischen Reaction.

Dr. Kreidl ist der Ansicht, dass diese Störungen auf einen Ausfall der Gleichgewichtsorgane im inneren Ohre zurückzuführen sind.

An diese Demonstration knüpfte sich eine Discussion, an welcher sich die Herren Politzer, Gruber und Kreidl betheiligten.

(Fortsetzung folgt.)

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 20.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Augenheilkunde. Herausgegeben von **Prof. A. Vossius** in Giessen. Verlag von Marhold in Halle a. S.

Heft 1: Die croupöse Conjunctivitis und ihre Beziehungen zur Diphtherie. Von Prof. A. Vossius.

Heft 2: Ueber Linsentrübungen in ihren Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen. Von Prof. C. Hess in Leipzig.

Das neue buchhändlerische Unternehmen führt sich durch diese beiden Hefte auf's Beste ein. Die Absicht der Autoren besteht darin, von einem kleinen Gebiete eine abgerundete Darstellung zu geben, die den heutigen Stand der Frage zwar in streng wissenschaftlicher, aber doch auch die weiteren Kreise der Aerztewelt interessirenden Weise kennzeichnen soll. Da jeder der Autoren sich mit dem von ihm gewählten Thema auch selbstthätig forschend beschäftigt hat, so sind diese Darstellungen nicht blos übersichtliche Referate, sondern individuell gefärbte Arbeiten. Auch die Nicht-Augenärzte werden diesen Abhandlungen gewiss grosses Interesse entgegenbringen, wenn die künftigen Erscheinungen den Geist dieser beiden einführenden Producte athmen. Kunn.

Beiträge zur Kenntniss der Osteomyelitis. Von **Prof. Dr. E. Albert** und **Prof. Dr. A. Kolisko.** Mit 12 Tafeln. Wien, 1896. Alfred Hölder.

Das Werk, das Albert und Kolisko ausgeführt, verdankt seine Entstehung einer Anregung Kundrat's, dessen Andenken es von den Autoren gewidmet ist. Es war Kundrat's Absicht gewesen, die Skeletveränderungen infolge von Osteomyelitis einer eingehenden Darstellung zu unterziehen, die werthvollsten und instructivsten Präparate des Wiener pathologisch-anatomischen Museums hierbei zu verwerthen und gleichzeitig einige wenig berücksichtigte Punkte aus der Klinik der Osteomyelitis durch seinen Freund und Collegen Albert darstellen zu lassen. Nach Kundrat's frühem Tod war es Albert, der dafür Sorge trug, dass Kundrat's Plan nicht unausgeführt blieb. Er veranlasste Prof. Kolisko zur Abfassung der uns nun vorliegenden ebenso lehrreichen als anschaulichen Darstellung der osteomyelitischen Veränderungen am Schädel, Unterkiefer, einzelnen Extremitätenknochen und Becken. Besonders die so häufig für Residuen abgelaufener tuberculöser Coxitiden gehaltenen Beckenveränderungen durch Osteomyelitis des Darmbeines oder der oberen Femurpartien sind hier zum ersten Mal in erschöpfender Weise behandelt.

In dem klinischen Theil finden wir von Albert Bemerkungen über die Osteomyelitis an den Schädelknochen, am Jochbein und am Unterkiefer. Eine Reihe höchst interessanter Beobachtungen ist hier mitgetheilt. In zusammenhängender Form berichtet dann Albert über osteomyelitische Gelenkdeformitäten. Zunächst werden diese Veränderungen im Allgemeinen dargestellt, dann eine specielle Schilderung bezüglich der einzelnen Gelenke geliefert. Endlich bespricht Albert die Luxation des in der oberen Fuge durch Osteomyelitis gelösten Femurkopfes und gedenkt der Verwechslungen dieses Zustandes mit der angeborenen Hüftgelenksluxation. Den Schluss des Werkes bilden 12 — nach Zeichnungen Meixners angefertigte — Tafeln von ungewöhnlicher Schönheit.

Das Buch ist für den Chirurgen nicht minder als für den pathologischen Anatomen eine reiche Quelle der Belehrung. Die dem Werk vorangestellte pietätvolle Widmung der Verfasser wird dazu beitragen, dass es den Ruhm dreier Wiener Forscher noch weiter vermehre. Jul. Schnitzler.

Lehrbuch der kleinen Chirurgie für Studierende und Aerzte. Von **Dr. Gregor Urban,** Privatdocent für Chirurgie an der Universität Leipzig. Mit 254 Abbildungen im Text. Leipzig, 1896. Verlag von Veit & Comp.

In dem circa 300 Seiten starken Buch Urban's findet man die Verbandlehre, die Wundbehandlung, die locale und allgemeine Anästhesie, die Massage und viele chirurgische Technicismen (Katheterismus, Cauterisation, Blutstillung, Naht, Hautverpflanzung, Aderlass etc.) mit jener Genauigkeit besprochen, die für die Bedürfnisse der Praxis vollauf genügt. Auch lässt die Anschaulichkeit der Darstellung, der zahlreiche gute Illustrationen zu Hilfe kommen, nichts zu wünschen übrig. Nur die Cocainanästhesie wird noch dem alten Modus entsprechend empfohlen, d. h. unter Gebrauch einer 5—20% Lösung zur subcutanen Injection. Diese alte Methode zu Gunsten der Schleich'schen Infiltrationsmethode (unter Anwendung von 0·1—0·2% Cocainlösungen) zu verlassen, erscheint aber wohl heute als Pflicht für jeden Operateur. Es ist gar nicht zu rechtfertigen, wenn man in einem jetzt erscheinenden Werke die Injection 10% Cocainlösungen zum Zwecke localer Anästhesie empfiehlt und nur anräth, «in der Regel nicht mehr als 1 g einer 10% Cocainlösung» anzuwenden. In einer nächsten Auflage wird dieser kleine Abschnitt wohl in verbesserter Form erscheinen. Sonst ist das Werk Urban's sehr zweckentsprechend und kann weiter Verbreitung gewiss sein. Jul. Schnitzler.

Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des ärztlichen Vereines zu Hamburg. Mit 2 Vollbildern und 34 Abbildungen im Text. Leipzig, 1896. Verlag von Alfred Langkammer.

Dieses Gelegenheitswerk enthält mehr als 25 wissenschaftliche Originalartikel, von denen die grössere Hälfte auf wissenschaftlichen Werth Anspruch erheben darf, während der Rest praktisch wichtige Themen behandelt. Besonders hervorgehoben mögen folgende Arbeiten werden: Michael: «Die Erfolge der Kochsalzinfusion in der Behandlung der asiatischen Cholera»; Krause: «Ueber die Verwendung grosser ungestielter Hautlappen zu plastischen Zwecken»; Alsberg: «Zur Dystopie der Nieren»; du Mesnil de Rochmont: «Zur Pathogenese der Blasenentzündungen»; M. Simmonds: «Ueber den Einfluss von Alter und Krankheit auf die Samenbildung»; Th. Rumpf: «Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung und Bildung von Ammoniak bei Infectionskrankheiten»; H. Kümmel: «Ueber Perityphlitis». Es würde nicht angehen, hier den Inhalt dieser Arbeiten wiederzugeben. Es mag nur bemerkt werden, dass sie durchwegs beachtenswerthe Beiträge zur Lösung der betreffenden Fragen darstellen. Das Werk ist ein bleibender Beweis für die hohe wissenschaftliche Stellung der Hamburger Aerzte.

Jul. Schnitzler.

Stereoskopischer medicinischer Atlas. Von **Prof. A. Neisser.** II. Folge der Abtheilung Gynäkologie. Mitgetheilt von **Prof. Dr. O. Küstner** und **Dr. A. Keilmann.** Th. G. Fischer & Co., Cassel, 1896.

Für klinische Demonstrationen einerseits, andererseits um so manches schöne Präparat vor ungenütztem Verderben und Vergessenheit zu bewahren, bieten, wie Küstner in der Vorrede sagt, stereoskopische Photogramme unentbehrliche Behelfe. Das vorliegende Heft bringt ein Dutzend sehr guter und sorgfältig ausgeführter Bilder mit erläuterndem Text. Manche derselben sind freilich ohne Erläuterung unverständlich, z. B. Tafel LXXXVII. Das ist jedoch ein Fehler, der selbst guten Oelbildern zuweilen anhaftet, und es gibt sogar Präparate, die ohne Explication kaum verstanden werden können. Episkop und Stereoskop zählen gewiss zu den besten Hilfskräften des modernen Anschauungsunterrichtes. Hk.

Prof. Bollinger: Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. Verlag von J. F. Lehmann, München 1896.

Der vorliegende Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie verfolgt wohl vor Allem den Zweck, Studirenden und Aerzten, welche sich über irgend einen Gegenstand informiren wollen, ohne Gelegenheit zu haben, frische Präparate zu Rathe zu ziehen, Auskunft zu geben. Denn gewiss nur in diesem Sinne kann der Herausgeber die beigegebenen farbigen Tafeln aufgefasst wissen; sie können nur Denjenigen unterstützen, der vorher bereits an frischen Präparaten sich geschult hat und nur eines Erinnerungsbildes bedarf, um das früher Gesehene in sich aufleben zu lassen. In diesem Sinne kann der Atlas der medicinischen Welt bestens empfohlen werden. Es liegt davon das erste und zweite Heft vor, enthaltend: Circulationsapparat, Lymphdrüse, Milz und Schilddrüse und Respirationsapparat.

Das ganze Werk soll acht Hefte in zwei Bänden umfassen. Die Verlagshandlung hat keine Mühen und Kosten gescheut, um die Tafeln möglichst naturgetreu zu gestalten. Der Atlas wird sich gewiss bald einbürgern. Ry.

Jaruntowsky: Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke. Verlag von S. Karger, Berlin 1896.

Das Heftchen enthält im ersten Theil allgemein bekannte Mittheilungen statistischer und therapeutischer Natur über die Tuberculose; im zweiten Theil sind die grösseren geschlossenen Heilanstalten in Deutschland bezüglich ihrer Anlage, der daselbst üblichen Behandlung und der Erfolge der letzteren besprochen. Diese Mittheilungen dürften manchem praktischen Arzt mit Rücksicht auf die Wahl einer Anstalt für seine Patienten erwünscht sein. Ry.

Avellis: Die Behandlung des Schluckwehs. Verlag von Johannes Alt, Frankfurt a. M. 1896.

Auf wenigen Seiten ist von dem auf diesem Gebiete gewiss vielerfahrenen Autor eine sehr anregende, fesselnde Schilderung der Symptome des Schluckwehs, seiner Aetiologie und der dem Arzt zu seiner Bekämpfung zur Verfügung stehenden Mittel gegeben. Jedem praktischen Arzt, der weiss, wie dieses Symptom durch Monate hindurch dem Patienten unsägliche Schmerzen bereitet, wird das Heftchen gern zu seiner Belehrung zur Hand nehmen, zumal man sonst diesen Gegenstand kaum zusammengefasst behandelt findet. Ry.

Ruedi: Klinische Beiträge zur Flammentachographie. Verlag von Carl Sallmann, Basel und Leipzig 1895.

Die Flammentachographie ist eine Art der Pulsschreibung, wobei ein Gasflämmchen den Indicator für die Volumsschwankungen der Blutmenge im untersuchten Vorderarm abgibt; das zuckende Gasflämmchen wird photographirt. Ruedi beschreibt im ersten Theil der vorliegenden Arbeit die Technik der Versuche, wobei er selbst zugeben muss, dass sie eine ziemlich complicirte ist. Der zweite Theil enthält die Ergebnisse der Versuche bei pathologischen Zuständen und den Vergleich mit den auf andere Weise gewonnenen Pulscurven. Zum Schluss sind auf zwei Tafeln die Photogramme wiedergegeben. Ry.

Zeitungsschau.

Archiv für Verdauungskrankheiten, I. Band, 4. Heft.

A. Mathieu: Ueber ein neues Mittel, die motorische Kraft des Magens und den Durchgang der Flüssigkeiten durch denselben zu messen.

Mathieu verwendet zur Bestimmung der Motilität folgendes Verfahren. Der Patient erhält nüchtern — bei Ektasien nach vorausgegangener Magenausspülung — 60 g altbackenes Brot und als Getränk eine Oelemulsion (Ol. Amygdalarum 20 g, Gum. arab. 5—10 g, Syr. spl. 30·0 g, leichten Thee 200 cm³), welche, wenn sie sorgfältig hergestellt ist, aufbewahrt werden kann. In einem Nachtrage gibt Mathieu an, dass es zweckmässiger ist, nur 10 g Oel und 5 g Gummi zu nehmen. Eine bestimmte Zeit nachher werden 40—50 cm³ des Mageninhaltes exprimirt (Probe A), hierauf 200 cm³ destillirten Wassers in den Magen eingegossen, durch mehrmaliges Herausfliessenlassen und Wiedereingiessen mit dem restirenden Mageninhalt innig gemischt und nun möglichst vollständig ausgehebert (Probe B). Durch Bestimmung der Acidität in den Proben A und B kann man das Gesammtvolumen des in dem Magen vorhanden gewesenen Inhaltes berechnen. Zur Bestimmung der zurückgebliebenen Oelmenge werden 25 cm³ des Mageninhaltes mit Lauge neutralisirt, mit Sand innig gemischt, zum Trocknen eingedampft und mit Aether extrahirt. Das nach dem Verdunsten des Aethers zurückbleibende Oel wird dann gewogen. Da die Quantität des gesammten Mageninhaltes aus der obigen Berechnung bekannt ist, kann auch die gesammte in demselben enthaltene Oelmenge berechnet werden. Durch Subtraction von der ursprünglich in den Magen eingeführten erhält man dann die in der angegebenen Zeit aus dem Magen in den Darm beförderte Quantität Oel, welche ein Maass für die Motilität abgibt. Mit dem Oel ist auch, da eine vollkommene Emulsion verwendet worden ist, ein proportionaler Theil des eingeführten Wassers in den Darm entleert worden, man kann daher auch berechnen, wieviel von dem Wasser des Probefrühstückes im Magen zurückgeblieben ist. Nun findet man bei der Ausheberung immer mehr Flüssigkeit im Magen, als der berechneten entspricht, und dieses Plus gibt — wenn man ein Verschlucken des Speichels verhindert — die Menge des secernirten Magensaftes an. Allerdings liefert diese Berechnung kein ganz richtiges Resultat, da auch ein Theil des secernirten Magensaftes mit in den Darm befördert wird. Mathieu konnte auf diese Weise bei einer gesunden Versuchsperson nachweisen, dass schon 15 Minuten nach dem Probefrühstück ein Theil des Oels den Magen verlassen hatte, und dass nach 90 Minuten fast das ganze eingeführte Oel verschwunden war. Die berechnete Menge der Secretionsflüssigkeit betrug in den verschiedenen Phasen des Versuches 100—140 cm³. Bei einer längere Zeit beobachteten Patientin mit Ektasie des Magens konnte Mathieu die allmälige Besserung der Motilität deutlich nachweisen und gleichzeitig auch den Grad der Hypersecretion feststellen. Die Methode ist wohl, wie Mathieu selbst hervorhebt, für die allgemeine Verwendung etwas zu umständlich, dürfte aber für wissenschaftliche Untersuchungen, so z. B. zum Studium der Einwirkung von Medicamenten auf Secretion und Motilität sehr gute Dienste leisten.

F. Langguth: Ueber den Nachweis und die diagnostische Bedeutung der Milchsäure im Mageninhalte.

Langguth hat das Boas'sche Verfahren zum Nachweise der Milchsäure im Mageninhalte an circa 20 Magenkranken nachgeprüft. — Bei zwei Patienten ohne Magencarcinom (nähere Angaben über den Verlauf fehlen) fand er Milchsäurebildung, allerdings in so geringem Grade, dass die Uffelmann'sche Reaction negativ ausfiel und nach Boas nur 0·2—0·24°/₀₀ Milchsäure nachgewiesen werden konnten. Bezüglich der Bedeutung des Symptomes spricht er sich in demselben Sinne wie Klemperer und Rosenheim aus, nach denen Milchsäurebildung immer bei herabgesetzter Salzsäuresecretion und gleichzeitiger motorischer Insufficienz vorkommen kann.

J. Maybaum: Ein Fall von Oesophagusdilatation nebst Bemerkungen über die Resorptionsfähigkeit der Oesophagusschleimhaut.

Der von Maybaum beobachtete 29jährige Patient litt seit frühester Jugend an einer eigenthümlichen Schluckstörung. Die aufgenommenen Speisen und Getränke blieben in der Gegend der Cardia stecken und konnten nur, wenn der Oesophagus vollständig gefüllt war — wozu, wie Maybaum feststellte, 400—500 cm³ Flüssigkeit erforderlich waren — durch rasch aufeinander folgende kräftige Schluckbewegungen in den Magen befördert werden. Reichte die Quantität der Speisen zur vollständigen Füllung des Oesophagus nicht aus, so musste der Kranke das Fehlende durch Wasser oder Luft ersetzen und konnte dann durch das geschilderte Verfahren den ganzen Inhalt in den Magen befördern. Ohne diese Manipulation blieb alles Genossene im Oesophagus und konnte es Patient mit Leichtigkeit wieder herausgiessen. Der Widerstand an der Cardia war bei der Sondirung ebenfalls zu constatiren (40 cm von der Zahnreihe entfernt), konnte aber mit dickeren Sonden überwunden werden. Maybaum glaubt, dass es sich um einen dauernden Krampf der Cardiamuskulatur handelte (Stenosis spastica continua Hamburger, Cardiospasmus chronicus Boas) mit secundärer Erweiterung des Oesophagus. Maybaum stellte ferner an diesem Patienten fest, dass die Oesophagusschleimhaut nicht die Fähigkeit besass, Jodkali zu resorbiren. Solange nämlich die Jodkalilösung im Oesophagus war, konnte im Speichel kein Jod nachgewiesen werden, sobald dieselbe aber in den Magen befördert worden war, trat nach kurzer Zeit die Jodreaction im Speichel auf. Der Widerspruch, in welchem dieser Befund mit den Angaben anderer Autoren, die eine Resorption von der Oesophagusschleimhaut nachweisen

konnten, steht, ist vielleicht damit zu erklären, dass bei Maybaum's Patienten die Oesophagusschleimhaut nicht mehr normal war.

A. Hammerschlag.

Zeitschrift für Heilkunde 1895. Bd. XVII, I. Heft.

J. Marschner: Ueber die Erfolge der Schmiercur bei Erkrankungen des Nervensystems.

Marschner berichtet über 56 an der Klinik von Prof. v. Jaksch in Prag beobachtete Fälle von verschiedenartigen Erkrankungen des Nervensystems, bei denen eine energische antiluetische Behandlung eingeleitet worden war. Vollständige Heilung wurde in 5, wesentliche Besserung in 6 Fällen erzielt. Die meisten der geheilten, respective gebesserten Fälle finden sich in der Gruppe «Syphilis des Gehirnes und Rückenmarkes». Allerdings war die vorausgegangene Syphilis nur in einer ganz kleinen Anzahl von Fällen festgestellt worden, und es ist daher fraglich, ob bei den übrigen, die zwar auch in der Rubrik «Lues des Gehirnes und Rückenmarkes» angeführt werden, bei denen aber die luetische Natur der Erkrankung durch nichts erwiesen war, die Heilung, respective Besserung der specifischen Therapie zuzuschreiben ist. Ein Nachtheil der Inunctionscur wurde in keinem Falle beobachtet.

K. Pichler: Ueber den Einfluss des Pilocarpin, Nuclein und Antipyrin auf die Zahl der Leukocyten bei Pneumonie und Typhus.

Pichler versuchte durch subcutane Injection von Pilocarpin, sowie innerliche Anwendung von Nuclein bei fieberhaften Krankheiten Hyperleukocytose zu erzeugen, respective eine schon bestehende zu steigern. Bei 24 Pneumonikern ergaben die Zählungen der weissen Blutkörperchen, dass es häufig, aber keineswegs regelmässig gelingt, die Leukocytenzahl zu erhöhen, dass aber die künstlich erzeugte Leukocytose ebensowenig, wie die spontan, d. h. ohne Einfluss eines Medicamentes entstandene, einen günstigen Ausgang verbürgt. Auch in Fällen mit starker Vermehrung der Leukocyten trat der Exitus letalis ein, und in keinem Falle war ein Einfluss der künstlich hervorgerufenen Leukocytose auf den Gang der Erkrankung zu erkennen. Bei Typhus abdominalis gelang es nur ausnahmsweise durch die genannten Mittel eine Vermehrung der Leukocytenzahl zu erzielen.

E. Scherer: Ueber Zooid- und Oekoidbildung in den rothen Blutkörperchen und ihre Beziehung zur Thrombose.

Wlassow hatte in einer in Ziegler's Beiträgen zur pathologischen Anatomie erschienenen Arbeit die Anschauung vertreten, dass die Blutgerinnung durch einen eigenthümlichen Zerfall der rothen Blutkörperchen bedingt wird, wobei aus letzteren Blutplättchen entstehen. Scherer sucht nun den Nachweis zu erbringen, dass die von Wlassow bei der Desorganisation beobachteten Bildungen Kunstproducte, d. h. durch die verwendeten Reagentien hervorgerufen und wahrscheinlich mit Brücke's Zooid und Oekoid identisch sind. Die Zooidbildung ist nach Scherer's Untersuchungen kein activer Vorgang, sondern wird durch Eiweissgerinnung in rothen Blutkörperchen veranlasst, da alle Reagentien, welche eine derartige Veränderung hervorrufen, Eiweissfällungsmittel sind. Mit der Entstehung der Blutplättchen haben diese Bildungen nichts zu thun.

H. Chiari: Ueber Selbstverdauung des menschlichen Pankreas.

Die Beobachtung zweier Fälle von circumscripter Nekrose im Pankreas, bei denen eine Ursache für die Nekrose nicht auffindbar war und daher eine Selbstverdauung angenommen werden musste, veranlasste Chiari, diese Frage an der Hand eines grösseren Leichenmaterials zu untersuchen. Zu diesem Zwecke wurden in 75 Fällen die Pankreata nach Härtung in 96% Alkohol mikroskopisch untersucht. In 11 derselben, die schon bei der Section durch die weiche Consistenz aufgefallen waren, fand sich das Bild einer totalen oder fast totalen Nekrose der Acini, in der Art, dass die Kerne gar nicht oder nur wenig färbbar waren und das Protoplasma homogen erschien. 29 Pankreata zeigten herdweise das gleiche histologische Bild, bei den übrigen fehlten diese Veränderungen. Dass es sich nicht um Fäulnissvorgänge handelte, konnte mit Sicherheit festgestellt werden, da einerseits eine Reihe von Fällen wenige Stunden nach dem Tode obducirt worden war, andererseits die durch Fäulniss veranlassten Veränderungen des Pankreas, wie Chiari durch einige Versuche nachwies, ein ganz anderes Bild darboten. Bei Fehlen jeder anderen Ursache führt Chiari diese Nekrosen auf eine postmortal, eventuell schon in der Agonie beginnende Selbstverdauung des Pankreas zurück und glaubt, dass vielleicht auch eine intravitale Autodigestion des Pankreas eine viel grössere Rolle spielen dürfte, als man bisher annimmt.

A. Hammerschlag.

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1896, Jänner, Februar und März.

Maack (Hamburg): Schreibstörungen, verursacht durch isolirte centrale Alexie.

Es handelt sich um einen Patienten, welcher eine mündliche Unterhaltung gut führen kann, der sowohl nach dem Dictate, als auch aus dem Kopfe eigene Gedanken, sowie die Namen vorgezeigter Gegenstände richtig schreibt, dagegen nach einer Vorlage nicht schreiben kann; er copirt falsch, weil er (bei intactem peripheren Sinnesorgane) die Buchstaben, namentlich in ihrer Combination zu Worten, nicht oder schlecht lesen kann. Die Aetiologie ist Lues cerebri, welche einen apoplektischen Insult infolge der luetischen Arterienerkrankung verursacht hat.

Ellis: Die Theorie der conträren Sexualempfindung.

Der Verfasser hält die Inversion des Geschlechtstriebes für eine angeborene Anomalie, die unter Umständen ein Theil eines Zustandes sein kann, der als degenerativ bezeichnet werden darf. In den meisten Fällen muss nun eine Gelegenheitsursache hinzukommen, um den angeborenen Trieb hervortreten zu lassen. Diese Gelegenheitsursachen sind gegeben durch das Schulsystem mit Trennung der beiden Geschlechter, dann durch Verführung und durch Enttäuschung in der normalen Liebe.

Holst (Riga): Hämolum bromatum Koberti.

Das Hämulum bromatum ist eine organische Bromverbindung mit sehr geringem Bromgehalt; bei der therapeutischen Anwendung desselben hat sich ergeben, dass es in Fällen, wo es auf eine rasche, volle Bromwirkung (Epilepsie) ankommt, nicht imstande ist, die anorganischen Bromsalze zu ersetzen; wo es sich aber um eine andauernde, mässige, calmirende Wirkung handelt, steht es den Bromsalzen gleichwerthig zur Seite, hat aber vor ihnen den Vorzug des Fortfalls aller Intoxicationserscheinungen.

Ry.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1896, Heft 3 und 4.

Sarbó: Die Tetanie.

Sarbó bezweifelt die infectiöse Natur der Tetanie, da «es mit unserer Auffassung unvereinbar ist, dass eine Infectionskrankheit ausser dem specifischen Krankheitserreger noch andere hervorrufende Ursachen hätte». Die ätiologisch in Betracht kommenden Infectionskrankheiten und anderweitigen Intoxicationen wirken nach Sarbó nicht durch ihre Toxa, sondern lediglich als schwächende Momente, als Ernährungsstörungen, speciell des Centralnervensystems. Eine ähnliche Rolle spielen Gravidität und Säugeact, bei Kindern Rhachitis. Resultat der allgemeinen Ernährungsstörung ist zunächst eine Erkrankung der Ganglienzellen (Autopsien von Nathan Weiss, Thierexperimente des Verfassers), ein Umstand, welcher im Verein mit der klinischen Beobachtung für den centralen Sitz der Affection spricht. In diesem Sinne verwerthet Sarbó die Bilateralität der Symptome, das zuweilen doppelseitige Auftreten des Trousseaux'schen Phänomens bei Druck auf den Nervus ulnaris einer Seite, das Vorkommen des Fussclonus, von vasomotorischen, von Bewusstseinsstörungen hallucinatorischer Verwirrtheit, epileptischen Anfällen, Hyperästhesie der Sinne (Hoffmann's Symptom), welch' letztere auch bei der Hysterie, einer anerkannt centralen Erkrankung, vorkommt, etc. — Die Erkrankung kann sich auf die motorischen Ganglienzellen beschränken, oder auch die

sensiblen rechten trophischen und die Corticalzellen umfassen; die peripheren Nerven können secundär betheiligt sein.

Salomonsohn: Bemerkungen zur Gesichtsfeldermüdung.

Die Gesichtsfeldermüdung wird auch bei nicht nervösen Individuen beobachtet, ist daher nicht pathognomonisch für Hysterie und Neurasthenie, wie früher angenommen wurde. König erklärt das Phänomen durch Zunahme der auf den Fixationspunkt gerichteten Aufmerksamkeit, Salomonsohn durch Steigerung der physiologischen Aufmerksamkeitsschwankungen, also durch centrale Vorgänge. Salomonsohn und Voges fanden, dass sich durch Anspornung der Aufmerksamkeit die schon eingetretene Gesichtsfeldermüdung theilweise wieder beheben lasse. Die Ermüdung tritt, wenn überhaupt, fast durchwegs beiderseits ein. All' dies spricht für den centralen Sitz der Erscheinung. V. A.

Thomsen: Ueber paralytische Frühsymptome, welche dem Ausbruch der Paralyse bis zu 10 Jahren vorangehen. (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 1896, 52. Band, 5. Heft.)

Frühsymptome sind bei der Paralyse schon deshalb a priori anzunehmen, weil zur Zeit der ersten klinischen Symptome der manifesten Paralyse der zugrunde liegende anatomische Process nachweisbar schon weit vorgeschritten ist. Die sogenannten «neurasthenischen» Frühsymptome haben allein wohl kaum eine diagnostische Bedeutung. Eher, wenn sie bei Männern in den «besten Jahren» ohne nachweisbare geistige Ueberarbeitung oder gar nach vorausgegangener Lues beobachtet werden. Mehr Gewicht legt der Autor auf gewisse locale cerebrale Symptome, die nach seiner Beobachtung dem Ausbruch der Krankheit nicht nur zwei oder «mehrere» Jahre, wie oft angegeben, sondern selbst 10 und 15 Jahre vorangehen. Besonders hervorzuheben sind unter ihnen: die Sprachstörung, die paralytischen Anfälle, die Augenmuskellähmungen und die reflectorische Pupillenstarre. Alle diese wurden öfters viele Jahre vor dem Manifestwerden der Krankeit beobachtet. Die der Paralyse vorausgehenden Augenmuskellähmungen werden häufig auf Hirnlues, in der Form der basalen gummösen Meningitis zurückgeführt. Doch bestätigen die Sectionen diese Annahme nicht, und es liegt auch näher, Augenmuskellähmungen und Paralyse auf eine und dieselbe fortwirkende Ursache zu beziehen, d. h. erstere als Frühsymptome aufzufassen. Thomsen hält überhaupt diese Lähmungen nicht für basaler Natur, sondern vermuthet Kernlähmungen. Das wichtigste Frühsymptom, auch wohl am frühesten auftretend, ist die Lichtstarre der Pupillen, welche die Hälfte aller Paralytiker zeigt. Thomsen steht nicht an, auch in solchen Fällen, wo eine solche 10 Jahre und länger der Paralyse vorangegangen ist, das Symptom als «Frühsymptom» der Paralyse aufzufassen, und findet in der Länge der Zeit keinen genügenden Grund, sich der Ansicht anderer Autoren anzuschliessen, die da jedesmal eine Complication mit Tabes oder Hirnlues annehmen zu müssen glauben. Frühzeitiges Beachten des eminent wichtigen Symptoms der reflectorischen Pupillenstarre könnte vielleicht auch einmal den Weg zu erfolgreichem therapeutischen Handeln anbahnen, dem die manifeste Paralyse immer noch trotzt. V.

Eriberto Aievoli: Fünfzig klinische Beobachtungen über den therapeutischen Werth des Aristols. (Incurabili X, 1896.)

Nach einer sehr ausführlichen Uebersicht über die das Aristol behandelnde Literatur gibt Verfasser in vorliegender Arbeit seine eigenen fünfzig Fälle betreffenden Erfahrungen über den Werth des Mittels. Die Mehrzahl der Fälle betrifft eiternde Wunden und varicöse Geschwüre; ferner wurden vereiternde Drüsenentzündungen, Frostbeulen und Furunkel behandelt. Stets wurde eine 4—10% Aristolsalbe angewandt, die, auf sterile Gaze gestrichen, auf die erkrankte Stelle applicirt wurde. Eine ganz besonders günstige Wirkung des Aristols konnte Verfasser in mehreren Fällen von Verletzungen am Kopfe constatiren; besonders die oft sehr langwierigen Riss- und Quetschwunden am Orbitalrand verliefen auffallend schnell und günstig, die Secretion verminderte sich sehr bald, die Wunden granulirten und nach verhältnissmässig kurzer Zeit war die Narbe kaum noch mit blossem Auge sichtbar. Bei den varicösen Fussgeschwüren waren die Resultate nicht ganz so günstig, weil sich die Mehrzahl der Patienten nicht die Schonung gönnen konnte, die als wesentlicher Factor der Heilung hier unentbehrlich war. Eine überraschend prompte Wirkung entfaltete die Aristolsalbe dagegen wieder bei ulcerirenden Frostbeulen; so genügte bei einem 10jährigen Knaben, bei dem die ganze Dorsalfläche beider Hände stark geschwollen und zum Theil exulcerirt war, die dreimalige Anwendung zur völligen Heilung. Ausgezeichnet waren auch die Erfolge bei Verbrennungen. Verfasser theilt zwei ausführlichere Krankengeschichten mit, in denen es sich um sehr ausgebreitete Verbrennungen zweiten und dritten Grades handelte, die bei Anwendung der Aristolsalbe leicht und schnell heilten, nachdem mit anderen Mitteln keine Resultate erzielt worden waren. Als besonderer Vortheil wird hierbei noch hervorgehoben, dass der Salbenverband sich stets mit grosser Leichtigkeit entfernen liess; infolge der geringen Secretion und der guten Granulationsbildung wurde so das lästige Ankleben des Verbandes vermieden, und dem Kranken dadurch beim Verbandwechsel viel Schmerzen erspart. Stets konnte Verfasser constatiren, dass dem Aristol ein höherer therapeutischer Werth zukommt, als der Borsäure. Zum Schluss resumirt Verfasser seine Ansicht dahin, dass das Aristol bei frischen Wunden, Verbrennungen, Erfrierungen eine möglichst ausgedehnte Anwendung verdient, da es alle Anforderungen erfüllt, die man an ein für solche Fälle zu verwendendes Präparat stellen muss. Diese Eigenschaften sind im wesentlichen: Mangel jeder Toxicität, eine grosse schmerzstillende Wirkung und schnelle Bildung eines Narbengewebes, das nicht zur Retraction neigt.

J. L. Prevost (Genf): Das Coronillin. (Revue médicale de la Suisse Romande, Jänner 1896.)

Das Coronillin, das wirksame Princip der Coronilla scorpioides, gehört in die Gruppe der Herzgifte. Seine Wirkung ist der des Digitalins analog, wie schon die zahlreichen Versuche, die Schlagdenhauffen und Rub anstellten, ergeben haben. Die toxischen Dosen fand Prevost bei hypodermatischer Injection und auf 100 g des Versuchsthieres berechnet: 0·001—0·0015 für Rana esculenta, 0·0005—0·0006 für Rana temporaria, 0·0002 für Meerschweinchen, 0·02 und etwas darüber für Ratten; diese toxischen Gaben sind nahezu um die Hälfte kleiner als die für das Digitalin von Homolle und Quevenne, und ungefähr gleich den für das Digitalin von Nativelle gefundenen. Spielmann und Haushalter, die schon im Jahre 1889 klinische Erfahrungen mit dem Coronillin und anderen Präparaten von Coronilla publiciren konnten, nach welchen das Coronillin ebenso wie das Digitalin wirke, dort, wo dieses im Stiche lasse, aber auch versage, fanden als wirksame Dose bei interner Darreichung 0·2—0·6 pro die, in Einzelgaben von 0·1. Poullet, der eine Tinctur aus Coronilla rania bereitet anwendete, gibt Dosen von 3·0—4·0 pro die; er findet das Mittel auch dort noch wirksam, wo Digitalin versagt; cumulirende Wirkung und Störung der Digestionsorgane sei bei seinem Gebrauch nicht zu fürchten. C. F.

P. Binet (Genf): Das Sulfo-methaemoglobinspectrum bei Vergiftungen mit Schwefelwasserstoff. (Revue médicale de la Suisse Romande, Februar 1896.)

Wenn man in frisches Blut Schwefelwasserstoff einleitet, so wird das Blut bald grünlich missfärbig und zeigt dann ein charakteristisches Spectrum: einen Absorptionsstreifen im Roth, rechts von Kohlenstoff. Dasselbe Spectrum gibt auch das Blut durch Schwefelwasserstoffinhalation getödteter Frösche, und zwar constant, während bei Säugethieren, die im Schwefelwasserstoff erstickt sind, das Blutspectrum den Absorptionsstreif bald aufweist, bald vermissen lässt. Die Menge des Gases, die bis zum Eintritt des Todes in's Blut aufgenommen wird, ist nach den Versuchen Binet's für dieses Verhalten bestimmend; die Toleranz des Nervensystems der Frösche gegen das Gas und die daraus resultirende Langsamkeit der Tödtung ermöglicht die Aufnahme grosser Mengen des Gases bei ihnen; bei den Säugethieren erfolgt der Tod rasch; nur dann aber, wenn die

Atmosphäre sehr reichlich mit Schwefelwasserstoff beladen war, zeigt sich die erwähnte Veränderung des Spectrums. Die früher gefundenen Bedingungen für das Sichtbarwerden des Absorptionsstreifens im Roth, die längere Belassung des Bluts in den Gefässen der Leiche und seine Beobachtung in dickeren Schichten als sie gewöhnlich genommen werden, fand auch Binet als zutreffend.

C. F.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Aerzte, Advocaten und Notare. Wie wir seinerzeit mittheilten, haben mehrere Aerztekammern Oesterreichs, darunter auch die Wiener, an das k. k. Justizministerium eine Petition gerichtet, es möge im Interesse der Wirksamkeit des Ehrenrathes der Aerztekammern den Gerichten die Weisung ertheilt werden, von der Einleitung und dem Ergebnisse aller strafgerichtlichen Untersuchungen gegen Aerzte den betreffenden Aerztekammern in gleicher Weise Mittheilung gemacht werden, wie dies hinsichtlich der Notare und Advocaten den betreffenden Kammern gegenüber vorgeschrieben sei. Das Justizministerium hat jedoch erklärt, dass es nicht in der Lage sei, den Gerichten eine derartige Verständigung aufzutragen, hiebei jedoch darauf hingewiesen, dass den politischen Behörden die Auskunftstabellen über gerichtlich Verurtheilte seitens der Gerichte zukommen, und dass sohin die politischen Behörden auf Grund dieser Tabellen die Aerztekammern von der allfälligen strafgerichtlichen Verurtheilung kammerpflichtiger Aerzte und Wundärzte in die Kenntniss setzen können. Das k. k. Ministerium des Innern beauftragte nun in einem Erlasse die Landesbehörden, die unterstehenden Behörden anzuweisen, die jeweiligen Aerztekammern von einer strafgerichtlichen Verurtheilung eines Aerztes zu verständigen, zugleich aber auch an die vorgesetzte Landesbehörde zu berichten. — Warum das Justizministerium nicht in der Lage ist, den Aerztekammern dasselbe Wohlwollen entgegenzubringen als den Kammern der Notare und Advocaten — das war uns im ersten Augenblick nicht klar. Ein hervorragender Advocat belehrte uns, dass hier — wie so oft in unserem Rechtsstaate — wohl lediglich formale Gründe obwalten. Die Advocaten- und Notariatskammern unterstehen dem Justizministerium, die Aerztekammern jedoch dem Ministerium des Innern, es sei daher begreiflich, dass dieses Ministerium die ihm unterstehenden Aerztekammern an die Berichte seitens der Bezirkshauptmannschaften verweisen müsse und es sei ebenso selbstverständlich, dass die Gerichte fremden Instanzen, hier also wieder den Aerztekammern, keinerlei Verständigungen über stattgehabte Verurtheilungen zukommen lassen können. Wir wissen natürlich nicht, ob diese Erklärung des uns immerhin seltsam scheinenden Vorganges die richtige, respective die einzig zulässige ist, wir wollen sie aber zur Mittheilung bringen, da sie geeignet erscheint, der sonst begreiflichen Missstimmung in Aerztekammerkreisen den Boden zu entziehen. Das k. k. Ministerium theilt in einem Schlusspassus seines Erlasses noch mit, dass es den Aerztekammern überlassen bleibe, jeweilig in Bezug auf die Vornahme von Wahlen Erkundigungen einzuziehen, ob und welche Mitglieder wegen eingeleiteter strafgerichtlicher Untersuchungen von der Ausübung des Wahlrechtes auszuschliessen seien. Die Entziehung des Wahlrechtes in die Aerztekammern hängt unseres Wissens, dem Gesetze zufolge, nicht mit der Einleitung eines strafgerichtlichen Verfahrens zusammen; diese Entziehung des Wahlrechtes wird, als schärfste Strafe, erst nach einer Aburtheilung seitens der Kammer über ein Mitglied verhängt. Ueberdies hat es sich oft gezeigt, dass derlei strafgerichtliche Untersuchungen gegen Aerzte auch ohne Noth eingeleitet wurden, und die Kammern haben ja bekanntlich im Mai vorigen Jahres dahin petitionirt, es mögen künftighin Anklagen gegen einen Arzt wegen Kunstfehlers oder wegen Missbrauchs der ärztlichen Kunst erst auf Grund eines Gutachtens der Aerztekammer, eventuell nach Einholung eines Gutachtens der medicinischen Facultät erhoben werden. Es ist also für die Aerztekammern, unserer Ansicht nach, kein Anlass gegeben, vor Einleitung ihrer Wahlen Erkundigungen einzuziehen, ob und gegen welche Mitglieder strafgerichtliche Untersuchungen eingeleitet wurden.

* Der Dritte Internationale Congress für Dermatologie findet heuer in London vom 4. bis einschliesslich 8. August statt. Einen der Hauptpunkte des Programmes bilden die klinischen Demonstrationen und die Ausstellung bacteriologischer und mikroskopischer Präparate. Die Verhandlungen des Congresses finden in der Examination Hall der Royal Colleges of Physicians and Surgeons am Victoria Embankment statt. Eine grosse Zahl hervorragender ausländischer und englischer Aerzte hat bereits ihr Erscheinen auf dem Congresse zugesagt. Präsident des Congresses ist Jonathan Hutchinson. Die Themen, welche zur Discussion gelangen werden, sind: 1. Prurigo, 2. Ringworm und Trichophyton, 3. Natur und Beziehungen der verschiedenen Formen von Erythema multiforme, 4. Reinfectio syphilitica, 5. Dauer der Ansteckungsperiode der Syphilis, 6. Syphilis maligna. Eine bacteriologische Section wird mit dem Congresse verbunden sein, und so weit als möglich durch Demonstrationen die krankhaften Veränderungen illustriren, welche an demselben Tage auf dem Congresse zur Debatte gekommen sind. Der Beitrag, welcher zur Aufnahme als Congressmitglied berechtigt, beträgt £ 1 = 20 Mark. Jedes Mitglied erhält den Congressbericht zugesandt. Anmeldungen sind zu richten an: Third international Congress of Dermatology. London, 23, lower Seymour street, Portman Square.

* 25. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Am 27. Mai wurde diese Versammlung mit besonderer Feierlichkeit und unter zahlreicher Betheiligung eröffnet. Auch eine grosse Zahl von Oesterreichern war erschienen.

* II. Internationale pharmaceutische Ausstellung in Prag. Die Interessenten werden darauf aufmerksam gemacht, dass der Anmeldungstermin mit 31. Mai zu Ende geht. Die Arbeiten für die Ausstellung sind in vollstem Gange und lässt sich nach den bisherigen Anmeldungen, welche aus allen Ländern in grosser Zahl eingelaufen sind, voraussagen, dass die Ausstellung nicht nur dem Fachmann, sondern auch dem Laien eine Fülle des Interessanten und Belehrenden bieten wird. Die Anpflanzung der Arzneipflanzen auf dem hiefür bestimmten Platze vor dem Ausstellungspalaste wurde dieser Tage begonnen und wird diese ausgedehnte Cultur ein noch nie dagewesenes Ausstellungsobject bilden, welches gewiss auch die Aufmerksamkeit unserer Landwirthe erwecken wird. Die Schaulust des weiteren Publicums wird durch eine Anzahl von Attractionsobjecten hoffentlich in vollstem Maasse befriedigt werden. Anmeldungen übernimmt noch der Präses des Executivcomités, Apotheker Dr. Fragner in Prag. III. officieller Commissionär ist Herr Arthur Gobiet in Prag-Karolinenthal.

Aerztliche Gesellschaften.

Wiener medicinischer Club. Mittwoch, den 3. Juni 1896, um 7 Uhr Abends, im Schrötter'schen Hörsaale: 1. Demonstrationen. 2. Herr Dr. Isidor Fischer: Ueber Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen. (Vorsitzender: Herr Prof. Kolisko)

Curse.

Assist. Dr. v. Kundrat: Chirurgisch-diagnostischer Curs mit Uebungen und Demonstrationen. Beginn: 28. Mai. Dauer: 4 Wochen. Honorar: Doctoren 20 fl., Studenten 15 fl. Stunde nach Uebereinkommen. Klinik Albert.

Assist. Dr. v. Kundrat: Chirurgischer Operationscurs mit Uebungen an der Leiche. Beginn: 29. Mai. Dauer: 4 Wochen. Honorar: Doctoren 22 fl., Studenten 15 fl. Klinik Albert im path. Institut. Von 6–8 Uhr Abends.

Doc. Dr. Grünfeld: Endoskopie der Harnröhre und Blase mit Demonstrationen an Gesunden und Kranken. Beginn: 1. Juni. Dauer: 5 Wochen. Honorar: 20 fl. Poliklinik. Von 4–5 Nachmittags.

Doc. Dr. Fraenkel: Diagnose und Therapie chirurgischer Krankheiten. Beginn: 1. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: Doctoren 15 fl., Studenten 10 fl. Poliklinik. Von 3–4 Uhr Nachmittags.

Assist. Dr. v. Sölder: Curs über Nervenkrankheiten mit Einschluss der wichtigsten Psychosen. Beginn: 1. Juni. Honorar: 25 fl. Klinik Krafft-Ebing. Von 4–5 Uhr Nachmittags.

Doc. Dr. L. Müller: Ophthalmoskopie. Beginn: 8. Juni. Dauer: 30 Stunden. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Klinik Neusser. Von 5–6 oder 6–7 Uhr Abends.

Doc. Dr. Zuckerkandl: Chirurgischer Operationscurs. Beginn: 10. Juni. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Path. Institut. Dreimal wöchentlich. Von 6–8 Uhr Abends.

Verantwortlicher Redacteur: Adolf Bauer. Verlag von Alfred Hölder in Wien. Druck von M. Engel & Söhne in Wien.

WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter Mitwirkung der Professoren

Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), Docent **Heymann** (Berlin), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Thiry** (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die „**Wiener klinische Rundschau**“ erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 bis 2½ Bogen. — **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Fres., halbjährig 12 Fres. 50 Ctms. — **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. — Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen (Manuscripte, Briefe, Drucksachen), sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien, I.**, Rudolfsplatz 12, zu richten.

X. Jahrgang. Wien, 7. Juni 1896. Nr. 23.

INHALT:

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Aetiologie der Hysterie.

Von

Dr. Sigm. Freud.

(Fortsetzung.*)

Wir wollen es nun aber nicht versäumen, den einen Satz nachdrücklich hervorzuheben, den die analytische Arbeit längs dieser Erinnerungsketten unerwarteter Weise ergeben hat. Wir haben erfahren, dass kein hysterisches Symptom aus einem realen Erlebniss allein hervorgehen kann, sondern dass alle Male die associativ geweckte Erinnerung an frühere Erlebnisse zur Verursachung des Symptomes mitwirkt. Wenn dieser Satz — wie ich meine — ohne Ausnahme richtig ist, so bezeichnet er uns aber auch das Fundament, auf dem eine psychologische Theorie der Hysterie aufzubauen ist.

Sie könnten meinen, jene seltenen Fälle, in welchen die Analyse das Symptom sofort auf eine traumatische Scene von guter determinirender Eignung und traumatischer Kraft zurückführt und es durch solche Zurückführung gleichzeitig wegschafft, wie dies in Breuer's Krankengeschichte der Anna O. geschildert wird, seien doch mächtige Einwände gegen die allgemeine Geltung des eben aufgestellten Satzes. Das sieht in der That so aus; allein ich muss Sie versichern, ich habe die trifligsten Gründe anzunehmen, dass selbst in diesen Fällen eine Verkettung wirksamer Erinnerungen vorliegt, die weit hinter die erste traumatische Scene zurückreicht, wenngleich die Reproduction der letzteren allein die Aufhebung des Symptoms zur Folge haben kann.

Ich meine, es ist wirklich überraschend, dass hysterische Symptome nur unter Mitwirkung von Erinnerungen entstehen können, zumal wenn man erwägt, dass diese Erinnerungen nach allen Aussagen der Kranken ihnen im Moment, da das Symptom zuerst auftrat, nicht zum Bewusstsein gekommen waren. Hier ist Stoff für sehr viel Nachdenken gegeben, aber diese Probleme sollen uns für jetzt nicht verlocken, unsere Richtung nach der Aetiologie der Hysterie zu verlassen. Wir müssen uns vielmehr fragen: Wohin gelangen wir, wenn wir den Ketten associirter Erinnerungen folgen, welche die Analyse uns aufdeckt? Wie weit reichen sie; haben sie irgendwo ein natürliches Ende; führen sie uns etwa zu Erlebnissen, die irgendwie gleichartig sind, dem Inhalt oder der Lebenszeit nach, so dass wir in diesen überall gleichartigen Factoren die gesuchte Aetiologie der Hysterie erblicken könnten?

Meine bisherige Erfahrung gestattet mir bereits, diese Fragen zu beantworten. Wenn man von einem Falle ausgeht, der mehrere Symptome bietet, so gelangt man mittelst der Analyse von jedem Symptom aus zu einer Reihe von Erlebnissen, deren Erinnerungen in der Association miteinander verkettet sind. Die einzelnen Erinnerungsketten verlaufen zunächst distinct von einander nach rückwärts, sind aber, wie bereits erwähnt, verzweigt; von einer Scene aus sind gleichzeitig zwei oder mehr Erinnerungen erreicht, von denen nun Seitenketten ausgehen, deren einzelne Glieder wieder mit Gliedern der Hauptkette associativ verknüpft sein mögen. Der Vergleich mit dem Stammbaum einer Familie, deren Mitglieder auch untereinander geheiratet haben, passt hier wirklich nicht übel. Andere Complicationen der Verkettung ergeben sich daraus, dass eine einzelne Scene in derselben Kette mehrmals erweckt werden kann, so dass sie zu einer späteren Scene mehrfache Beziehungen hat, eine directe Verknüpfung mit ihr aufweist und eine durch Mittelglieder hergestellte. Kurz, der Zusammenhang ist keineswegs ein einfacher und die Aufdeckung der Scenen in umgekehrter chronologischer Folge (die eben den Vergleich mit der Aufgrabung

---

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 22.

eines geschichteten Trümmerfeldes rechtfertigt) trägt zum rascheren Verständniss des Herganges gewiss nichts bei.

Neue Verwicklungen ergeben sich, wenn man die Analyse weiter fortsetzt. Die Associationsketten für die einzelnen Symptome beginnen dann in Beziehung zu einander zu treten; die Stammbäume verflechten sich. Bei einem gewissen Erlebniss der Erinnerungskette z. B. für das Erbrechen ist ausser den rückläufigen Gliedern dieser Kette eine Erinnerung aus einer anderen Kette erweckt worden, die ein anderes Symptom, etwa Kopfschmerz, begründet. Jenes Erlebniss gehört darum beiden Reihen an, es stellt einen Knotenpunkt dar, wie deren in jeder Analyse mehrere aufzufinden sind. Sein klinisches Correlat mag etwa sein, dass von einer gewissen Zeit an die beiden Symptome zusammen auftreten, symbiotisch, eigentlich ohne innere Abhängigkeit von einander. Knotenpunkte anderer Art findet man noch weiter rückwärts. Dort convergiren die einzelnen Associationsketten; es finden sich Erlebnisse, von denen zwei oder mehrere Symptome ausgegangen sind. An das eine Detail der Scene hat die eine Kette, an ein anderes Detail die zweite Kette angeknüpft.

Das wichtigste Ergebniss aber, auf welches man bei solcher consequenten Verfolgung der Analyse stösst, ist dieses: Von welchem Fall und von welchem Symptom immer man seinen Ausgang genommen hat, endlich gelangt man unfehlbar auf das Gebiet des sexuellen Erlebens. Hiemit wäre also zuerst eine ätiologische Bedingung hysterischer Symptome aufgedeckt.

Ich kann nach früheren Erfahrungen voraussehen, dass gerade gegen diesen Satz oder gegen die Allgemeingiltigkeit dieses Satzes Ihr Widerspruch, meine Herren, gerichtet sein wird. Ich sage vielleicht besser: Ihre Widerspruchsneigung, denn es stehen wohl noch keinem von Ihnen Untersuchungen zu Gebote, die mit demselben Verfahren angestellt, ein anderes Resultat ergeben hätten. Zur Streitsache selbst will ich nur bemerken, dass die Auszeichnung des sexuellen Momentes in der Aetiologie der Hysterie bei mir mindestens keiner vorgefassten Meinung entstammt. Die beiden Forscher, als deren Zögling ich meine Arbeiten über Hysterie begonnen habe, Charcot wie Breuer, standen einer derartigen Voraussetzung ferne, ja brachten ihr eine persönliche Abneigung entgegen, von der ich anfangs meinen Antheil übernahm. Erst die mühseligsten Detailuntersuchungen haben mich, und zwar langsam genug, zu der Meinung bekehrt, die ich heute vertrete. Wenn Sie meine Behauptung, die Aetiologie auch der Hysterie läge im Sexualleben, der strengsten Prüfung unterziehen, so erweist sie sich als vertretbar durch die Angabe, dass ich in etwa 18 Fällen von Hysterie diesen Zusammenhang für jedes einzelne Symptom erkennen und, wo es die Verhältnisse gestatteten, durch den therapeutischen Erfolg bekräftigen konnte. Sie können mir dann freilich einwenden, die 19. und die 20. Analyse werden vielleicht eine Ableitung hysterischer Symptome auch aus anderen Quellen kennen lehren und damit die Giltigkeit der sexuellen Aetiologie von der Allgemeinheit auf 80% einschränken. Wir wollen es gerne abwarten, aber da jene 18 Fälle gleichzeitig alle sind, an denen ich die Arbeit der Analyse unternehmen konnte, und da niemand diese Fälle mir zum Gefallen ausgesucht hat, werden Sie es begreiflich finden, dass ich jene Erwartung nicht theile, sondern bereit bin, mit meinem Glauben über die Beweiskraft meiner bisherigen Erfahrungen hinauszugehen. Dazu bewegt mich übrigens noch ein anderes Motiv von einstweilen blos subjectiver Geltung. In dem einzigen Erklärungsversuch für den physiologischen und psychischen Mechanismus der Hysterie, den ich mir zur Zusammenfassung meiner Beobachtungen gestalten konnte, ist mir die Einmengung sexueller Triebkräfte zur unentbehrlichen Voraussetzung geworden.

Also man gelangt endlich, nachdem die Erinnerungsketten convergirt haben, auf sexuelles Gebiet und zu einigen wenigen Erlebnissen, die zumeist in die nämliche Lebensperiode, in das Alter der Pubertät fallen. Aus diesen Erlebnissen soll man die Aetiologie der Hysterie entnehmen und durch sie die Entstehung hysterischer Symptome verstehen lernen. Hier erlebt man aber eine neue und schwerwiegende Enttäuschung! Die mit soviel Mühe aufgefundenen, aus allem Erinnerungsmaterial extrahirten, anscheinend letzten traumatischen Erlebnisse haben zwar die beiden Charaktere: Sexualität und Pubertätszeit gemein, sind aber sonst so sehr disparat und ungleichwerthig. In einigen Fällen handelt es sich wohl um Erlebnisse, die wir als schwere Traumen anerkennen müssen, um einen Versuch der Vergewaltigung, der dem unreifen Mädchen mit einem Schlage die ganze Brutalität der Geschlechtslust enthüllt, um eine unfreiwillige Zeugenschaft bei sexuellen Acten der Eltern, die in Einem ungeahntes Hässliches aufdeckt und das kindliche wie das moralische Gefühl verletzt und dergleichen. In anderen Fällen sind diese Erlebnisse von erstaunlicher Geringfügigkeit. Eine meiner Patientinnen zeigte zu Grunde ihrer Neurose das Erlebniss, dass ein ihr befreundeter Knabe zärtlich ihre Hand streichelte und ein andermal seinen Unterschenkel an ihr Kleid drängte, während sie nebeneinander bei Tische sassen, wobei noch seine Miene sie errathen liess, es handle sich um etwas Unerlaubtes. Bei einer anderen jungen Dame hatte gar das Anhören einer Scherzfrage, die eine obscöne Beantwortung ahnen liess, hingereicht, den ersten Angstanfall hervorzurufen und damit die Erkrankung zu eröffnen. Solche Ergebnisse sind offenbar einem Verständniss für die Verursachung hysterischer Symptome nicht günstig. Wenn es eben sowohl schwere wie geringfügige Erlebnisse, eben sowohl Erfahrungen am eigenen Leib wie visuelle Eindrücke und durch das Gehör empfangene Mittheilungen sind, die sich als die letzten Traumen der Hysterie erkennen lassen, so kann man etwa die Deutung versuchen, die Hysterischen seien besonders geartete Menschenkinder, — wahrscheinlich infolge erblicher Veranlagung oder degenerativer Verkümmerung — bei denen die Scheu vor der Sexualität, die im Pubertätsalter normaler Weise eine gewisse Rolle spielt, in's Pathologische gesteigert und dauernd festgehalten wird; gewissermassen Personen, die den Anforderungen der Sexualität psychisch nicht Genüge leisten können. Man vernachlässigt bei dieser Aufstellung allerdings die Hysterie der Männer; aber auch wenn es derartige grobe Einwände nicht gäbe, wäre die Versuchung kaum sehr gross, bei dieser Lösung stehen zu bleiben. Man verspürt hier nur zu deutlich die intellektuelle Empfindung des Halbverstandenen, Unklaren und Unzureichenden.

Zum Glück für unsere Aufklärung zeigen einzelne der sexuellen Pubertätserlebnisse eine weitere Unzulänglichkeit, die geeignet ist, zur Fortsetzung der analytischen Arbeit anzuregen. Es kommt nämlich vor, dass auch diese Erlebnisse der determinirenden Eignung entbehren, wenngleich dies hier viel seltener ist als bei den traumatischen Scenen aus späterer Lebenszeit. So z. B. hatten sich bei den beiden Patientinnen, die ich vorhin als Fälle mit eigentlich harmlosen Pubertätserlebnissen angeführt habe, im Gefolge dieser Erlebnisse eigenthümliche schmerzhafte Empfindungen in den Genitalien eingestellt, die sich als Hauptsymptome der Neurose fortgesetzt hatten, deren Determinirung weder aus den Pubertätsscenen noch aus späteren abzuleiten war, die aber sicherlich nicht zu den normalen Organempfindungen oder zu den Zeichen sexueller Aufregung gehörten. Wie nahe lag es nun, sich hier zu sagen, man müsse die Determinirung dieser Symptome in noch anderen, noch weiter zurückreichenden Erlebnissen suchen, man müsse hier zum zweiten Male jenem rettenden Einfall folgen, der uns vorhin von den ersten traumatischen Scenen zu den Erinnerungsketten hinter ihnen geleitet? Man kommt damit freilich in die Zeit der ersten Kindheit, die Zeit vor der Entwicklung des sexuellen Lebens, womit ein Verzicht auf die sexuelle Aetiologie verbunden scheint. Aber hat man nicht ein Recht anzunehmen, dass es auch dem Kindesalter an leisen sexuellen Erregungen nicht gebricht, ja dass vielleicht die spätere sexuelle Entwicklung durch Kindererlebnisse in entscheidender Weise beeinflusst wird? Schädigungen, die das unaus-

gebildete Organ, die in Entwicklung begriffene Function, treffen, verursachen ja so häufig schwerere und nachhaltigere Wirkungen, als sie im reiferen Alter entfalten könnten. Vielleicht liegen der abnormen Reaction gegen sexuelle Eindrücke, durch welche uns die Hysterischen in der Pubertätszeit überraschen, ganz allgemein solche sexuelle Erlebnisse der Kindheit zu Grunde, die dann von gleichförmiger und bedeutsamer Art sein müssten? Man gewänne so eine Aussicht, als frühzeitig erworben aufzuklären, was man bisher einer durch die Heredität doch nicht verständlichen Prädisposition zur Last legen musste. Und da infantile Erlebnisse sexuellen Inhalts doch nur durch ihre Erinnerungsspuren eine psychische Wirkung äussern könnten, wäre dies nicht eine willkommene Ergänzung zu jenem Ergebniss der Analyse, dass hysterische Symptome immer nur unter der Mitwirkung von Erinnerungen entstehen?

(Fortsetzung folgt.)

Ueber den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis.

Von

Dr. Sigmund v. Gerlóczy,

Primararzt am St. Ladislaus-Spitale in Budapest.

(Fortsetzung.*)

Betrachten wir nun, welchen Einfluss das Heilserum auf die diphtheritischen Auflagerungen ausübt. Hier muss ich ausdrücklich bemerken, dass ich während der Application des Serums jeden therapeutischen Eingriff vermied, welcher den Verlauf der Diphtherie irgendwie beeinflussen hätte können. So z. B. erhielten die Kranken ausser Cognac nur dann etwaige Stimulantien, wenn solche wegen geschwächter Herzthätigkeit indicirt waren. Ich vermied jeden localen Eingriff, sowie Touchiren, Ausspritzung des Rachens etc. Die einfachsten Gargarismen kamen nicht in Anwendung.

Meine Erfahrungen am Krankenbette überzeugten mich davon, dass die diphtheritischen Auflagerungen sich schon an dem der Injection folgenden Tage scharf demarkiren, ohne sich weiter auszubreiten und es machte auf mich entschieden den Eindruck, dass der Rachen von den diphtheritischen Auflagerungen in bei weitem kürzerer Zeit frei wurde, als vorher trotz jeder Localtherapie.

Um diese meine subjective Impression auch mit Daten zu unterstützen, berechnete ich sowohl bei den mit Serum, als auch bei den auf andere Weise Behandelten, an welchem Tage der Behandlung der Rachen rein wurde.

Der Rachen reinigte sich an dem der Behandlung folgenden	Mit Serum Behandelte:	Auf andere Weise Behandelte:
3. Tage bei:	12·0%	0·1%
4. » »	16·7%	0·9%
5. » »	15·1%	14·2%
6. » »	0·9%	0·7%
7. » »	10·2%	14·2%
14—21. » »	0·9%	0·9%

Mit Hilfe dieser Daten lässt sich leicht constatiren, dass die Serumtherapie die schnelle Reinigung der Rachenhöhle direct bewirkt; auffallend ist der Unterschied bei denjenigen Fällen, wo der Rachen schon am 3. oder 4. Tage nach Beginn der Behandlung frei wurde.

Gestatten Sie, dass ich an dieser Stelle zwei Diphtheriefälle schwersten Grades erwähne, bei denen es im Verlaufe der Krankheit zu bedeutenden Blutungen kam.

Der eine, der auch letal endete, betraf ein 3 Jahre altes Kind, namens Karl Kettinger, welches am 14. April 1895 mit folgendem Status präsens auf unsere Abtheilung aufgenommen wurde:

Patient ist seit 3 Tagen krank, kann den Mund nicht öffnen; zu beiden Seiten des Halses Drüsenschwellungen, im Rachen confluirende Auflagerungen, Nasendiphtherie; Sopor. Puls frequent, leicht unterdrückbar, 180 in der Minute. Viel Eiweiss im Harne. Temperatur bei der Aufnahme 37·8° C.; erhielt 1600 Antitoxin-Einheiten (Roux).

15. April: Drüsenschwellungen etwas kleiner, Puls voller, 156 in der Minute. Rachen unverändert; erhielt 1600 Antitoxin-Einheiten (Roux).

16. April: Gaumenlähmung.

17. April: Im Pharynx noch immer ausgebreitete dicke Auflagerungen. Nasendiphtherie besteht noch immer fort. Puls kleinwellig. 156 in der Minute. Drüsenschwellung rechts rückgebildet, links bedeutend kleiner.

19. April: Belag überall dünner, von der linken Tonsille beinahe ganz geschwunden. Foetor ex ore. Puls 162 in der Minute. Viel Eiweiss im Harn.

20. April: Belag überall in Abstossung begriffen.

21. April: Morgens um 8 Uhr Erbrechen eines halben Liter Blutes; 1/4 Stunde darauf Exitus letalis.

Section:

Die Section ergab hochgradige Geschwürsprocesse. So fanden wir an der hinteren Wand des linksseitigen Sinus pyriformis, 4 cm von der Medianlinie entfernt, einen 1 1/2 cm langen, 1/2 cm weit klaffenden, spindelförmigen Substanzverlust, dessen obere Spitze bis an das grosse linke Horn des os hyoides reichte. Der Defect hatte scharfe, steilansteigende Ränder, welche von einer Pyogenmembran überzogen sind. Als Fortsetzung des Substanzverlustes sahen wir in unmittelbarer Nähe und längs der linken Carotis communis sich hinziehend einen 8 1/2 cm langen, 5 cm im grössten Umfange messenden Hohlgang, dessen Wand durch einzelne prominirende Leisten unregelmässig netzförmig erschien und dessen Innenfläche mit einer 1—2 mm dicken, graugelblichen Pyogenmembran versehen war. In der hinteren Wand des Hohlganges lag die Carotis communis zu 3/4 Theilen ihres Umfanges blossgelegt. Ausserdem ergab noch die Section eine Tuberculosis acuta pulmonum.

Der zweite Fall mit günstigem Ausgange betraf einen 6 Jahre alten Knaben, namens Ludwig Jelenfi, der am 1. Juli 1895 auf unsere Abtheilung aufgenommen wurde. Patient ist seit drei Tagen krank; Tonsillen bedeutend grösser, an denselben, wie auch an der Uvula, am weichen und harten Gaumen sehr dicke, graugelbe Auflagerungen. Hochgradige submaxilläre Drüseninfiltration. Nasendiphtherie mit blutig-eitriger Secretion. Puls 132 in der Minute, entsprechend voll. Kein Eiweiss im Harn. Erhielt eine Injection von 3200 Antitoxin-Einheiten (Roux). Körpertemperatur bei der Aufnahme 38·4° C.

3. Juli: Belag etwas vermindert. Nachmittags um 3 Uhr Nasenbluten, bei welcher Gelegenheit Patient beiläufig 200 cm³ Blut verlor. Tamponade der Nase mittelst Belloque; bei der Tamponade wurde durch die Nase eine grosse, 4 mm dicke, 7 mm lange Pseudomembran entfernt, welche den genauen Abguss des Nasenganges zeigt.

4. Juli: Entfernung des Tampons. Demarkation des Belages; Puls entsprechend voll, jedoch arhythmisch.

6. Juli: Bedeutende Ablösung des Belages. Drüsenschwellungen kleiner. Im Harn mittlerer Eiweissgehalt, grosse Schwäche.

7. Juli: Belag allmälig weniger; Nasendiphtherie verschwunden. Gaumenlähmung.

8. Juli: Urin sparsam, Quantität 200 cm³. Hydrops univers. Puls arhythmisch, 78 in der Minute.

10. Juli: Pharynx frei.

Rückbildung des Hydrops in 16 Tagen, auch die Erscheinungen der Gaumenlähmung verschwinden bis zum 8. August, so dass Patient das Spital am 13. August geheilt verlassen konnte.

Ausser der schnellen Demarcation der diphtheritischen Auflagerungen und der schnellen Reinigung der Rachenhöhle erregte noch unsere Aufmerksamkeit die rasche Rückbildung der Drüseninfiltrationen. Unzählige Male hatten wir Gelegenheit, nussgrosse, ja sogar noch grössere geschwellte Halsdrüsen innerhalb weniger Tage sich rückbilden zu sehen.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 21 und 22.

Was den Einfluss des Heilserums auf den Puls betrifft, bin ich zwar nicht in der Lage, durch pünktliche und detaillirte Untersuchungen Angaben über denselben machen zu können, jedoch kann ich es mit Gewissheit behaupten, dass der frequente und kleine Puls, der vor Beginn der Behandlung gewöhnlich angetroffen wurde, in gleichem Schritt mit der Demarcation der diphtheritischen Auflagerungen und der Rückbildung der Drüseninfiltrationen einem kräftigeren und langsameren Pulse wich.

Bei 1—2 Fällen sahen wir Cyanose ohne gleichzeitige Stenose der Luftwege; die Cyanose schwand jedoch trotz des besorgnisserregenden Zustandes des Kranken. Es sei mir gestattet, an dieser Stelle folgende 2 Fälle zu erwähnen:

1. Anna Smátyás, 11 Monate alt, seit einem Tage krank, aufgenommen am 25. März 1895. An der Uvula und an den Gaumenbögen dünne, an den geschwollenen Tonsillen dicke, graugelbe, ausgebreitete Auflagerungen. Zu beiden Seiten des Halses starke Drüseninfiltrationen. Puls 120 in der Minute mit befriedigendem Wellenschlag. Temperatur 37·9° C. Injection von 1440 Antitoxin-Einheiten; am anderen Tage neuerdings 1280 Antitoxin-Einheiten (Roux).

27. März: Belag in Ablösung begriffen, Drüsenschwellung kaum fühlbar. Injection von 960 Antitoxin-Einheiten (Roux).

29. März: Kein Eiweiss im Harn.

2. April: Pharynx frei.

6. April: Hochgradige Mattigkeit, mässige Cyanose der Lippen. Puls klein, arrhythmisch, 168 in der Minute. Ueber den Füssen und an den Handgelenken kleine, confluirende rothe Flecken. Mässiger Bronchialkatarrh. Harnmenge verringert, Aetherinjection.

7. April: Cyanose unverändert. Puls kaum fühlbar. In beiden Inguinalgegenden, über den Knöcheln und Kniegelenken, Hämorrhagien.

8. April: Exanthem etwas blasser; Puls fühlbar.

9. April: Cyanose verschwunden.

10. April: Exanthem ganz verblasst, Allgemeinbefinden bedeutend besser.

24. April: Patientin verliess vollständig geheilt das Spital.

Aehnlich verhielt sich der Fall des Franz Schlotter-Horváth, der mit dem Symptomencomplex einer Rachendiphtherie schwersten Grades unser Spital am 7. Mai 1895 aufsuchte. Er erhielt eine Injection von 20 cm³ Antitoxin-Einheiten (Preisz). Nach einer Albuminurie, welche einige Tage lang anhielt, bemerkten wir beim Patienten kühle Extremitäten, Cyanose hohen Grades an den Lippen und Fingern. Puls kaum fühlbar, am Körper zerstreut einige prominirende Flecke.

Binnen zwei Tagen verschwand die Cyanose, und das Allgemeinbefinden besserte sich so rapid, dass Patient am 27. Mai das Spital verlassen konnte. In den ersten 3 Tagen hatte er hohes Fieber, die übrigen Tage waren fieberfrei.

Unbestreitbar ist die antipyretische Wirkung des Serums bei diphtheritischen Kranken. Ich hatte 177 Fälle von Diphtherie — mehrere waren schwerkrank — bei denen der Verlauf der Krankheit vom Tage nach der ersten Injection ganz fieberlos war; bei 42 Kranken war 2—8 Tage lang andauerndes hohes Fieber; in den übrigen Fällen verlief die Krankheit mit 1—8 Tage lang andauerndem mässigen Fieber.

In 22 Fällen von Larynxcroup verlief die Krankheit ganz fieberlos, ebenso in 36 Fällen von diphtheritischem Croup. Auffallend war es jedenfalls, dass bei Vielen die Krankheit selbst bei zufälligen Complicationen, wie Pneumonie, Bronchialkatarrh, Drüseninfiltration, Nephritis u. A. beinahe fieberlos verlief. Grössere Fiebererscheinungen waren bei den Croupkranken zu beobachten.

Auch die Albuminurie betreffend, verfüge ich über genaue Daten, da ich bei allen Diphtheriekranken täglich genaue Harnuntersuchungen anstellen liess.

Von 315 an Rachendiphtherie leidenden Kranken hatten 100 Albuminurie = **31·5**%. Von 72 an Croup leidenden Kranken hatten nur 14 Albuminurie = **19·4**% und endlich von 113 an Croupdiphtherie leidenden Kranken hatten 40 Albuminurie = **36·3**%. Von allen mit Serum behandelten Kranken fanden wir demnach bei 30·8% Eiweiss im Harn.

Dieser Percentsatz wird jedoch mindestens um 12—15% grösser, wenn wir die 50 Verstorbenen hinzunehmen, bei denen Harnuntersuchungen ganz einfach aus dem Grunde nicht angestellt wurden, weil sie kurze Zeit nach ihrer Aufnahme im Spital starben. Auch dann ist jedoch der Percentsatz der an Albuminurie leidenden Kranken nicht grösser als 45%, wenn wir bei allen Verstorbenen Eiweiss im Harn annehmen.

Bei 50% der an Albuminurie Leidenden konnte man die Albuminurie schon am 1. Tage des Aufenthaltes im Spitale constatiren:

bei	13·0%	am	2. Tage
»	6·5%	»	3. »
»	3·5%	»	4. »
»	8·4%	»	5. »
»	18·8%	»	6.—14. »
»	1·9%	»	14.—21. »

Die Albuminurie dauerte in den meisten Fällen nicht länger als 4—5 Tage; so war im Urin von 62·9% schon am 5. Tage kein Eiweiss mehr nachweisbar. Bei 6·5% dauerte die Albuminurie länger als 4 Wochen. Die längste Zeit, während welcher Eiweiss im Urin noch nachgewiesen werden konnte, war 40 Tage. Eine 2—3 Wochen lang dauernde Albuminurie kam bei 7·8% vor, 3—4 Wochen dauerte dieselbe bei 7·1%. Diese Daten sollen dazu dienen, um Sie von der kurzen Dauer der Albuminurie bei den mit Serum Behandelten zu überzeugen.

(Schluss folgt.)

Die Staarkrankheit, ihre Ursache und Verhütung.

Von

Dr. Wilhelm Schoen in Leipzig.

(Fortsetzung.*)

Satz 1 enthält, wie später gezeigt werden wird, eine mit der Wirklichkeit nicht im Einklange stehende Annahme. Was in Satz 2 und 3 über intrakapsulären Druck, Aufhören und Wiederbeginnen einer Zellproduction und zwar hier einer perversen, gesagt wird, ist sehr sinnreich erdacht, um zusammen mit dem Schluss von Satz 7 zur Erklärung des äquatorialen Beginns zu dienen, aber doch nur eine ganz unbewiesene und ziemlich künstliche Hypothese. Weder die doppelte Druckänderung, noch das Aufhören der normalen, noch das Beginnen einer perversen Zellproduction ist nachgewiesen. Ausserdem kann von einer perversen Zellproduction gar nicht die Rede sein. Producirt werden ganz normale Zellen, sie fallen aber später einem pathologisch-anatomisch an anderen Stellen wohlbekannten Entartungsvorgang anheim. Die Behauptung im Satz 4, die ersten Veränderungen seien Spalten, ist nicht richtig, wie gezeigt werden wird und wie Becker selber im Satz 6 halbwegs zugesteht. Satz 5 ist Hypothese.

Die wichtigsten und zur Abweisung der Theorie ganz allein genügenden Einwände sind folgende: In Satz 7 wird behauptet, es sei bewiesen, dass die, allen gleichalterigen Linsen gemeinsame Schrumpfung in höherem Masse sich in den Linsen entwickle, welche später kataraktös werden. Wie dieser Nachweis überhaupt möglich sein soll, ist nicht zu begreifen, da man den Linsen doch nicht ansehen kann, ob sie einmal später kataraktös werden, oder nicht, wohl verstanden, wenn sie noch nicht den Anfang des Processes zeigen. Ist aber dieser schon da, wie soll dann bewiesen werden, dass die etwa vorhandene Volumsverminderung nicht die Folge jenes schon begonnenen Processes sei? Becker beruft sich auf Priestley-Smith, aber mit Unrecht, denn

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 19, 20 und 21.

dieser behauptet nicht, das erwiesen zu haben, was Becker angibt, sondern nur, dass Linsen, welche beginnende Trübung zeigten, kleiner seien, als klare.

Endlich widerspricht sich die Becker'sche Darstellung selbst. In den Sätzen 1—6 ist von einer, jedes Auge befallenden, senilen Schrumpfung die Rede, in Satz 7 wird ausdrücklich erklärt, dass diese, allen gleichalterigen Linsen gemeinsame Schrumpfung die Trübungen am Aequator hervorruft. Danach müssten diese Trübungen in allen gleichalterigen Linsen vorhanden sein, was bekanntlich nicht zutrifft.

In Satz 8 wird dagegen gesprochen, von, zu der normalen Sklerosirung der alternden Linse hinzutretenden, chemischen Vorgängen im Kern, «welche die Linsentrübung veranlassen».

Was bewirkt nun die Trübung der Linse? Wenn die normale Sklerosirung . . ., weshalb nicht in allen Augen?

Wenn die hinzutretenden Vorgänge....., worin bestehen diese und weshalb treten sie an einzelnen Augen hinzu? Also das alte Dilemma, worüber auch Becker jede Auskunft schuldig bleibt.

Als sich ausser dem Zucker der Zuckerruhr noch in dem Naphthalin, dem Kochsalz und Menthol Körper fanden, deren Einführung in das Blut bei Thieren Katarakt erzeugte, tauchte die Hoffnung wieder auf, doch noch die Deutung des Katarakturspringes auf chemisch-endosmatischem Wege gewinnen zu können. Indessen sind die Erscheinungen doch ganz anders. Diese sämmtlichen Stoffe bewirken allgemeine Ernährungsstörungen in solchem Grade, dass die Thiere häufig daran sterben. Starke Aderhaut-, Netzhaut- und Glaskörperveränderungen fehlen niemals. Die uncomplicirte Katarakt tritt dagegen bei jungen, ganz gesunden Menschen und in sonst ganz gesunden Augen auf, in denen keine erhebliche Ernährungsstörung während eines Zeitraumes von vielleicht 20—30 Jahren der Staarentwicklung und ausserdem der ganzen Lebenszeit nach der Operation vorhanden ist. Sie könnte ebenso gut oder noch besser mit der Katarakt bei Chorioretinitis oder septischer Cyclitis verglichen werden wie mit der Naphthalinkatarakt. Letztere entwickelt sich ferner in anderer Weise. Die ersten Erscheinungen sind Oedem und Schwellung der Linse. In wenigen Stunden schiessen meridionale sensenschaarähnliche Strahlen vom Aequator in das Pupillargebiet. Sie gleichen den Strahlen, welche eine Blase in einer Glasscheibe erzeugt, oder wie man sie in einem Glase sieht, dessen Oberfläche in Buckel gepresst ist. Die Strahlen der Naphthalinkatarakt beruhen auf einfachen Besonderheiten in der Aufhängungsweise der Kaninchenlinse. Die Ciliarfortsätze sind mit der Kapsel verwachsen und hindern das Anschwellen der Linse an den Verwachsungsstellen. Die Strahlen entsprechen immer den Zwischenräumen zwischen zwei Ciliarfortsätzen, wo der ödematösen Schwellung kein Hinderniss entgegentritt. Durch diese Anordnung wird die Form der äquatorialen Veränderungen bedingt. Die Aehnlichkeit derselben mit denen bei Katarakt im Menschenauge ist nur eine ganz oberflächliche, weil die Verwachsung der Ciliarfortsätze mit der Linsenkapsel in letzterem fehlt.

Die Strahlen der Naphthalinkatarakt entstehen in wenigen Stunden, sind optische Erscheinungen und werden durch die Eindrücke der Ciliarfortsätze in die schwellende Linse erzeugt. Beim menschlichen Staar entstehen in einer Reihe von Jahren feine graue Linien, denen bleibende anatomische Veränderungen zu Grunde liegen. Erst viele Jahre später kommen wirkliche Spalten vor. Endlich ist bei Staarkranken niemals irgend einer der erwähnten oder ähnlichen Körper oder auch nur irgend eine andere Ernährungsstörung beobachtet worden, die auf solche Einwirkung zurückzuführen wäre.

Mit der Becker'schen Theorie war somit wieder ein Abschluss erreicht, gleichzeitig aber auch die Rückkehr zum Ausgangspunkte vollzogen. Indem sie schwankte, ob für die Sklerosirung des Kernes die «physiologische Altersschrumpfung» oder «hinzutretende chemische Vorgänge» nicht näher bestimmbarer Art verantwortlich zu machen seien, bot sie das alte Dilemma dar, welches schon der aristotelischen und hypokratischen Hypothese zu Grunde lag, ohne es der Lösung näher zu bringen.

Aristoteles nahm entschieden physiologische Altersschrumpfung an, denn er vergleicht die Staarbildung mit dem Weisswerden der Haare. Ganz zweifellos ist es ja nicht, ob letzteres ein reiner Altersvorgang ist, indessen kann man gerade dies am ehesten dafür gelten lassen. Die Frage wäre dann etwa so zu stellen: «Ist der Staar eine Alterserscheinung wie das Weisswerden der Haare oder vielmehr eine solche, wie der Verlust der Haare und Zähne?» Haar- und Zahnschwund sind keine reinen Alterserscheinungen, sie sind die Folge während des Lebens sich summirender Schädlichkeiten. Es gibt junge Leute ohne Haare und Zähne, und Greise mit vollem Haar und Gebiss. Der Staar kann nur im letzteren Sinne als Alterserscheinung aufgefasst werden, denn es gibt viele alte Leute ohne Staar und viele junge Leute mit Staar, wenn auch meistens nur mit den Anfängen. Das 18jährige Mädchen und der gleichaltrige Jüngling bekommen vielleicht zugleich mit dem ersten hohlen Zahn den ersten trüben Streifen in der Linse.

Als physiologische Alterserscheinung lässt sich also der Staar nicht auffassen [28]).

(Fortsetzung folgt.)

Aus der k. k. böhmischen chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Maydl in Prag.

Casuistischer Beitrag zur Magenchirurgie.

Von

Dr. O. Kukula,
klin. Assistenten.

(Fortsetzung.*)

IV. F. H., 35 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Patient war, bis auf eine fieberhafte Erkrankung, die mit Exanthem und Schwellung der Füsse begleitet war, immer gesund. Vor zwei Jahren empfand derselbe nach stärkerem Biergenuss stechende Schmerzen im linken Hypochondrium, die gegen den Rücken ausstrahlten; zugleich stellte sich Erbrechen und Diarrhoe ein, welche aber bald schwanden; doch die Schmerzen im linken Hypochondrium belästigten den Kranken seit der Zeit unaufhörlich. Im Laufe von etwa drei Monaten wurden selbe nach Speisenaufnahme intensiver, localisirten sich mehr in der Nabelgegend und nahmen einen stechenden Charakter an. Der zur Hilfe gezogene Arzt ordinirte ein Medicament, nach dem Patient eine grosse Erleichterung fühlte; Patient arbeitete seit der Zeit als Taglöhner und fühlte sich, bis auf ein dumpfes Schmerzgefühl im Epigastrium, fast ein ganzes Jahr ziemlich wohl. Zu Weihnachten 1894 steigerten sich die Schmerzen von Neuem und waren von dieser Zeit an immer in der Herzgrube localisirt. Nach jeder Nahrungsaufnahme empfand Patient ein recht unangenehmes Aufstossen und später Sodbrennen; hie und da stellte sich Erbrechen ein; das Erbrochene bestand nicht nur aus dem eben Genossenen, sondern enthielt auch Speisenreste vom vorigen Tage. Im Februar v. J. fing Patient an, auch an Appetitlosigkeit zu leiden. Das Erbrechen wiederholte sich öfters nach dem Essen, und konnte Patient im erbrochenen, chocoladegefärbten Inhalte etwas beigemischtes Blut constatiren. Nachdem nun alle möglichen Arzneien keinen Erfolg hatten und eine stets sich steigernde Kräfteabnahme eintrat, begab sich Patient an eine interne Klinik, woselbst eine Magenerweiterung constatirt und Magenausspülungen vorgenommen wurden. Doch auch diese hatten keinen Erfolg. Patient magerte weiter ab, es stellte sich eine vollkommene Appetitlosigkeit ein, das Erbrechen wurde immer lästiger. In den letzten $2^1/_2$ Monaten verlor Patient 18 kg an Körpergewicht. Am 19. Juli v. J. kam der Kranke auf unsere Klinik, woselbst seine Aufnahme erfolgte.

Status präsens: Der recht abgemagerte Kranke ist von kräftigem Knochenbau und wiegt 45 kg. Die Brustorgane zeigen keine pathologischen Veränderungen. Der Bauch elastisch und gewölbt;

[28]) Stellwag hat dies bereits auf Grund anatomischer Untersuchungen dargelegt (s. Wiener klin. Rundschau Nr. 21, S. 366).

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 21 u. 22.

in der Magengegend eine deutliche Vorwölbung, die vollkommen die Contouren des Magens zeigt. Die Curvatura major befindet sich in der Nabellinie, die Curvatura minor beschreibt einen nach unten convexen Bogen, der linkerseits 2 cm vom Processus xiphoideus beginnt und nach rechts ziehend 2 cm oberhalb des Nabels in den stark verengten Pylorus übergeht.

Bei Insufflation steigt die Curvatura major drei Querfinger breit unter die Nabellinie und wird die Stenose des Pylorus noch deutlicher. Durch die schlaffen Bauchdecken lässt sich an dieser Stelle leicht ein harter Tumor constatiren, der in der Richtung nach rechts begrenzt zu sein scheint; nach links lassen sich seine Ränder nicht abtasten. Der Tumor ist von glatter Oberfläche und zeigt bei nüchternem Magen eine mässige Beweglichkeit; die Respirationsbewegungen werden demselben sehr undeutlich mitgetheilt. Deutliches Plätschergeräusch; im ausgeheberten Inhalte befinden sich Speisenreste und unbedeutende zusammengeballte Blutgerinnsel.

Diagnose: Carcinoma pylori cum gastroptosi et dilatatione ventriculi.

Operation am 13. August in gemischter Narkose — Chloral-Chloroform 55 g und Aether 70 g — dauerte $1^1/_2$ Stunden. Durch einen queren, 12 cm langen Schnitt wurde die Bauchhöhle eröffnet und der Tumor hervorgezogen. Derselbe umfasste circulär den Pylorustheil, zeigte allseits eine ziemlich scharfe Begrenzung und war frei von Adhäsionen. Nachdem nun auch keine Schwellung der Mesenterial- und Omentaldrüsen zu constatiren war, entschloss ich mich zur Pylorektomie. Nach stumpfem Ablösen des grossen und kleinen Netzes wurde zuerst, von der Curvatura major angefangen, der Magentheil resecirt und sofort der grosse Defect, von der Curvatura minor angefangen, durch eine Mucosa- und Seroso-muscularis-Nath theilweise vernäht. Hierauf wurde der ganze Pylorustheil resecirt und das Lumen des Duodenums an das des theilweise vernähten Magens angenäht. Dies war recht schwierig, namentlich in dem hinteren Umfange, da sich das Duodenum fast gar nicht hervorziehen liess. Die Bauchdecken wurden in drei Etagen durch fortlaufende Nath verbunden.

Der resecirte Pylorustheil hatte an der kleinen Curvatur 6 cm, an der grossen 11 cm Länge und war kaum für einen Federkiel durchgängig. Nach Aufschneidung des Präparates konnte man makroskopisch eine unbedeutende Hypertrophie des Muscularis und Mucosa constatiren. Die Submucosa wies die grössten Veränderungen auf, indem selbe zu einer harten, 5 mm dicken Masse in der ganzen Ausdehnung des Pylorus verändert war.

Mikroskopisch sieht man in der Mucosa ausser einer fein zerstreuten, kleinzelligen Infiltration, die in der Richtung zur Muscularis mucosae etwas zunimmt und die Enden der Drüsenschläuche verwischt, nichts Auffallendes.

Dagegen in der stark indurirten Submucosa erblickt man grosse epitheloide Zellen, die theils einzeln, theils in kleinen Gruppen liegen. — Scirrhus pylori incipiens.

Verlauf: Starker Collaps nach der Operation. Temperatur 34°, Puls 142. Durch warme Weinklystiere und Infusion von 400 g Kochsalzlösung besserte sich der Kräftezustand des Patienten und hatte derselbe den anderen Tag Früh eine Temperatur von 37°. Den nächsten Tag besserte sich der Puls noch mehr, war voll, 92; am folgenden Tag collabirte Patient von Neuem Frühtemperatur 36·5°, Puls 84, noch ziemlich gut gespannt. Wiederholte Infusion von Kochsalzlösung, Darreichen von Cognac, Glühwein und starker Suppe. Injection von Kampferäther hatte einen kleinen, vorübergehenden Erfolg. Dem Patienten wurde schon am dritten Tag nach der Operation halbflüssige Kost gereicht. Alle Bemühungen, den Kräftezustand zu heben, blieben erfolglos; Patient wurde von Tag zu Tag schwächer und schwächer, die Temperatur wurde stets niedriger, endlich, nachdem in den letzten zwei Tagen noch profuse Diarrhoen hinzutraten, erfolgte am 22. August, also am 10. Tage nach der Operation, Exitus letalis.

Sectionsbefund: Excessive Anämie aller Organe, Lungenödem. Die Magennath war reactionslos verheilt, vollkommen sufficient, keine Entzündungserscheinungen am Peritoneum. Die Peritonealnaht, und die Naht der Muskeln und der Haut erwies sich ebenfalls per primam geheilt.

V. M. E., Magd, 26 Jahre alt, überstand in ihrer Kindheit Variola und Scharlach; im 16. Lebensjahre acquirirte Patientin eine rechtseitige Clavicularfractur, die durch eine starke Dislocation der Fragmente ausheilte. Am 23. August war Patientin mit Nägeleinschlagen beschäftigt und hielt dabei die dazu bestimmten Nägel zwischen den Zähnen. Durch Anrufen erschrack dieselbe plötzlich und schluckte einen etwa 8 cm langen Drahtnagel, der sich anfangs im Pharynx einkeilte, später aber nach vergeblichen Extractionsversuchen durch Trinken in den Magen glitt. Seit diesem Augenblicke verspürte Patientin drückende Schmerzen in der Magengegend, die namentlich nach dem Essen einen stechenden Charakter annahmen. Patientin verlor den Appetit, konnte wegen der später intensiven stechenden Schmerzen nichts geniessen und entschloss sich, chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Status präsens am 28. August. Patientin von mittlerer Gestalt, ist gut genährt und kräftig gebaut. Rechterseits difform geheilte Clavicularfractur mit consecutiver Radialislähmung. Das Abdomen gewölbt, in der ganzen Ausdehnung nicht schmerzhaft, bis auf eine Stelle im Epigastrium, wo Patientin bei mässigem Druck und auch sonst immer stechende Schmerzen empfindet. Bei wiederholten Untersuchungen lässt sich oberhalb des Nabels linkerseits die Wirbelsäule abtasten und fühlt man bei mässigem Druck einen mit der Wirbelsäule parallelen, länglichen, harten Strang, wodurch lebhafte Schmerzen hervorgerufen werden. Allem Anscheine nach ist der erwähnte harte Strang der verschluckte und im Magen sich quer stemmende Nagel. Es wurde nun Patientin einer Erdäpfelcur unterzogen. Doch hatte diese gar keinen Erfolg; ich konnte jeden Tag dieselben Verhältnisse constatiren und kam am 31. August 1895 bei Untersuchung der Kranken in Narkose zur vollen Ueberzeugung, dass sich der verschluckte Nagel im Magen vor dem Pylorus quer eingekeilt befinde. Bewegte man nämlich die Hand von der leicht zu tastenden Wirbelsäule nach rechts, so fühlte man leicht den Nagel, der unter den Fingern gewissermaassen nach oben emporschnellte. Ich schritt deshalb sofort zur Gastrotomie; durch einen 6 cm langen Schnitt wurde die Linea alba und Bauchhöhle ober dem Nabel gespalten. Nach Einführen des Fingers kam ich sofort auf den im Magen vor dem Pylorus liegenden Nagel, zog den Pylorus und den vor ihm im Magen liegenden Nagel aus der Bauchhöhle, wonach die Extraction des Nagels durch eine kleine Incision der vorderen Magenwand leicht gelang. Hierauf wurde die kleine Incision durch etliche Knopfnähte und die Bauchdecken durch eine fortlaufende Etagennaht geschlossen.

Der Verlauf war normal; Patientin wurde mit vollkommen per primam geheilter Operationswunde am 14. Tage nach der Operation entlassen. Die stechenden Schmerzen sind gleich nach der Operation völlig geschwunden und Patientin erfreute sich der besten Gesundheit.

Der extrahirte Nagel hatte die Länge von 6 cm, war vierkantig und 3 mm dick.

Die so ziemlich seltenen Fälle von Gastrotomien wegen Fremdkörper erfahren durch den Fall V eine kleine Vermehrung. Fremdkörper im Magen sind bekanntlich keine seltene Erscheinung. Münzen und Nadeln werden oft verschluckt; doch erheischen selbe selten einen chirurgischen Eingriff; die ersteren gehen gewöhnlich per vias naturales ab; die letzteren können jedoch auch einen anderen Weg einschlagen, indem sie die Wand des Magens oder Darmes perforiren und ohne wesentliche Störungen zu veranlassen, an einer beliebigen Stelle der Oberfläche des Körpers erscheinen.

Einen solchen Fall habe ich im August v. J. beobachtet; ein 16jähriges Mädchen verschluckte durch Unvorsichtigkeit eine Nadel, hatte nachher etwa durch 6 Stunden heftige, stechende Schmerzen im Unterleib, die durch Bettruhe und durch Morphium vollständig schwanden. Nach 8 Tagen verspürte Patientin plötzlich unbedeutende Schmerzen vorne an dem Oberschenkel; bei Betastung dieser Gegend wurden die Schmerzen intensiver. Die Kranke begab sich deshalb auf unsere Klinik, wo durch eine unbedeutende Incision in der Mitte des Oberschenkels die ganz unter der Haut gelegene verschluckte Nähnadel herausgezogen wurde.

Das Abgehen von Nähnadeln per vias naturales oder das Auswandern derselben auf uns unbekannten Bahnen ist eine allzugut bekannte Eigenschaft derselben; so weit ich aus der mir zugänglichen Literatur schliessen kann, wurde eine verschluckte Nähnadel bis heute noch nicht Indication zu einer Gastrotomie. Verschluckte Stecknadeln haben dagegen einen chirurgischen Eingriff schon nothwendig gemacht. Einen solchen Fall operirte im Jahre 1893 Czerny; heftige Schmerzen in der Magengegend, die durch volle 8 Tage nach dem Verschlucken einer Stecknadel andauerten und später durch Druck an einer bestimmten Stelle der vorderen Magenwand ausgelöst wurden, erweckten den Verdacht auf die Einspiessung der verschluckten Stecknadel in der vorderen Magenwand. Czerný schritt zur Laparotomie und, nachdem an der vorderen Magenwand eine etwas härtere und infiltrirte Stelle constatirt wurde, zur Spaltung dieser Stelle; dabei zeigte sich ein mit hämorrhagischem Exsudat umgebener Stichcanal; der Fremdkörper wurde aber nicht gefunden und ist auch späterhin nicht zum Vorschein gekommen. Die Kranke ist trotzdem nach 2 Jahren noch vollkommen gesund geblieben.

Mit Ausnahme der von Schönborn und in neuester Zeit von Swain mitgetheilten Fälle von Gastrotomien, durch die aus dem Magen Fremdkörper, aus zusammengeballten Knäueln von Haaren bestehend, entfernt wurden, handelte es sich in den anderen bisher publicirten um grössere Gegenstände, die theils durch ihr Volumen, theils durch die spitzen Contouren schwere Symptome im Magen hervorgerufen hatten und eine Gastrotomie unbedingt indicirten. Der bekannteste ist der Fall von Labbé; es handelte sich um eine zwei Jahre vorher verschluckte Gabel, welche durch Gastrotomie entfernt wurde; ähnliche Fälle wurden von Polailon, Terrier, Felizet, Heydenreich etc. operirt. Eine kleine Erwähnung verdient jedenfalls ein ähnlicher Fall von Czerný; ein Taglöhner verschluckte 5 Taschenmesser; zwei gingen per vias naturales ab, die übrigen drei wurden durch Gastrotomie entfernt.

Einen, meinem Falle ähnlichen, theilte in letzterer Zeit Gemmel mit; ein Geisteskranker schluckte eine grosse Anzahl von Nägeln; die Gastrotomie endete aber in Folge schon vorhandener Peritonitis nach 12 Stunden letal.

Was die Indication zur Gastrotomie in meinem Fall anbelangt, war selbe jedenfalls durch die constatirte Anwesenheit des Fremdkörpers im Magen, dessen unveränderliche quere Lage und die Schmerzen der Kranken gegeben. Ich hätte mich zu einem operativen Eingriffe auch dann entschlossen, wenn ich den Nagel nicht gefühlt hätte; die stets auf einer Stelle localisirte Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit, die in Folge von Furcht vor grossen Schmerzen, hervorgerufene Appetitlosigkeit, hätten an und für sich nach misslungener Erdäpfelcur, wenigstens eine Probelaparotomie indicirt.

(Fortsetzung folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Februar 1896.

(Fortsetzung.*)

Vorsitzender: Prof. Gruber. Schriftführer: Dr. Kaufmann.

Dr. Ferdinand Alt: Sectionsbefund eines Falles von Morbus Ménièrei (Leukämie).

Alt berichtet über eine gemeinsam mit Herrn Dr. Friedrich Pineles ausgeführte Arbeit. Ein 66jähriger Taglöhner, der bis zum Winter 1894 nie ernstlich krank war und zu dieser Zeit über Kopfschmerz, Schwäche, hochgradige Mattigkeit zu klagen begann, wurde im Juni 1895 unter heftigem Schwindel und Ohrensausen bewusstlos und hatte, als er zu sich kam, das Gehör nahezu vollständig verloren. Ein totaler Verlust des Hörvermögens soll erst nach etwa 14 Tagen aufgetreten sein. Seither war Patient bettlägerig, wurde noch häufig von Schwindelanfällen befallen und suchte im Juli 1895 die I. medicinische Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses auf.

Daselbst wurde hochgradige Leukämia myelo-linealis chronica diagnosticirt (2,600.000 rothe auf 600.050 weisse Blutkörperchen, circa 1 : 4, zahlreiche mononucleäre, grosse Leukocyten, Markzellen neben Lymphocyten, vereinzelt kernhaltige rothe Blutkörperchen, kolossaler Milztumor, sehr grosse Leber, ausgebreitete Hämatome). Die Ohrenuntersuchung ergab: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, getrübt, Lichtreflex verzogen. Stimmgabel C_2 wird vom Scheitel aus nicht percipirt. Vor dem linken Ohre und vom linken Warzenfortsatze aus wird C_2, C_1 und C nicht gehört, vor dem rechten Ohre wurden nur die sehr stark angeschlagenen Stimmgabeln C_2, C_1 und C hochgradig verkürzt gehört, vom Knochen aus nicht percipirt. Sehr laute Sprache nur in unmittelbarer Nähe des rechten Ohres, links complete Taubheit, Stromstärken von 15—20 M.-A. sind nicht im Stande, beim Patienten Schwindel zu erzeugen. Am 8. September 1895 trat der Exitus lethalis ein. Die Section ergab: Myelo-lienale Leukämie mit vereiterten leukämischen Hämatomen. Die beiden Schläfenbeine und der Hirnstamm wurden von Alt und Politzer zur näheren Untersuchung übernommen.

Der Hirnstamm und der Nervus acusticus, nach der Weigert-Pal'schen Methode behandelt, bieten folgende Veränderungen dar: Im intramedullaren Verlaufe des Acusticus, sowohl in der lateralen, als in der medialen Acusticus-Wurzel, an zahlreichen Stellen theils kleinere, theils äusserst mächtige leukämische, kleinzellige Infiltrate. Namentlich zeigt sich die Austrittsstelle des Acusticus, dort wo die beiden Wurzeln zusammenstossen, stark infiltrirt, die Pia leicht verdickt und kleinzellig infiltrirt. An den Acusticusfasern ist stellenweise eine leichte Degeneration wahrnehmbar. Die Acusticuskerne, die hintere Vierhügelgegend, Kleinhirn zeigen keine pathologischen Veränderungen. Blutungen oder Reste von Blutungen sind nirgends nachweisbar.

Mittelohr völlig intact, Labyrinthbefund (Dr. Kaufmann) negativ (controlirt durch die Herren Proff. Gruber, Politzer und Weichselbaum); von den bisher beschriebenen leukämischen Veränderungen des Labyrinthes nichts nachweisbar, feinste Veränderungen können wegen etwas stärkerer Entkalkung der Präparate nicht absolut ausgeschlossen werden. In den bisher veröffentlichten Fällen betrafen die pathologischen Veränderungen entweder das Labyrinth (Politzer, Steinbrügge zwei Fälle, Lannois, Wagenhäuser) oder das Mittelohr (Gradenigo). Von Veränderungen des Acusticus ist in keinem dieser Sectionsbefunde die Rede und wohl hauptsächlich deshalb, weil eine Untersuchung des Acusticus, beziehungsweise des Hirnstammes unterblieb. In diesem Falle wird demnach zuerst eine leukämische Infiltration des Acusticus nachgewiesen. Da ferner in der ganzen Literatur kein Fall einer isolirten Acusticusaffection verzeichnet ist, die Morbus Ménièrei bedingt hätte, könnte dieser Fall als die erste diesbezügliche Beobachtung verzeichnet werden. Dass Ströme von 15—20 M.-A. beim Patienten galvanischen Schwindel nicht erzeugten, wäre wohl im Sinne der Pollak'schen Versuche, als Ausfallserscheinung durch Läsion des Coordinationsapparates zu deuten.

Discussion:

Prof. Gruber weist darauf hin, dass in den zahlreichen von ihm untersuchten Präparaten, die ihm von dem Vortragenden vorgelegt wurden, nirgends eine Spur des Corti'schen Organes vorhanden sei. So viele Präparate er auch während seiner langjährigen Thätigkeit zu untersuchen Gelegenheit hatte, wenn das Labyrinth überhaupt entwickelt war, zeigte sich doch immer an den mikroskopischen Präparaten mindestens eine Spur des Corti-schen Organes. In diesen Präparaten aber ist dasselbe wie wegrasirt, nirgends auch nur eine Andeutung davon, während sonst in dem Gehäuse des Labyrinthes Abnormitäten nicht nachweisbar sind. Auf Gruber mache die Sache den Eindruck, als ob bei der Entkalkung das Corti'sche Organ verloren gegangen wäre, und er möchte davor warnen, aus diesem Befunde zu schliessen, dass die leukämische Infiltration in dem betreffenden Falle blos

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 20 u. 22.

den Acusticus und nicht auch die Labyrinthgebilde betraf. Der Befund im Acusticus sei jedenfalls von hohem Interesse.

Alt erwidert, dass er das Hauptgewicht auf die leukämische Infiltration des Acusticus lege und die Frage, ob diese allein den Ménière'schen Symptomencomplex hervorgerufen hätte, als nur nebensächlich berücksichtigt habe.

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Vom 8. bis 11. April 1896.

(Fortsetzung.*)

Ewald (Berlin): Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate. (Fortsetzung.)

Später sind mehrere derartige Beobachtungen, so von Dennig, von Scholz mitgetheilt worden. In den meisten dieser Fälle ist die Zuckerausscheidung nur temporär gewesen, in dem von Ewald beobachteten ging sie nach anfänglichem Kommen und Schwinden in einen dauernden Diabetes über, an dem die Patientin noch jetzt, vier Jahre nach dem ersten Auftreten derselben, leidet oder vielmehr nicht leidet, denn sie hat ausser der Glykosurie keine subjectiven oder objectiven Symptome des Diabetes. In den zahlreichen Fällen, in denen Ewald in den letzten Jahren Schilddrüsenpräparate gegeben, hat er ausnahmslos den Harn auf Zucker untersucht, aber niemals, auch bei Fettleibigen nicht, Glykose gefunden. Umsomehr hat Ewald eine Angabe von v. Noorden überrascht, nach welcher bei Fettleibigen fünfmal unter 17 Fällen nach Schilddrüsenfütterung Glykosurie constatirt wurde, welche mit dem Aussetzen des Mittels schnell schwand.

Es wird interessant sein, zu erfahren, ob sich etwa auch bei der Thyrojodinbehandlung und unter Vermeidung jeden Zuckergehaltes des Präparates dieselbe Erscheinung einstellt, wonach wir es dann mit einer specifischen Wirkung zu thun hätten, die der Drüse als solcher inhärent ist, oder ob bei diesen Glykosurien ebenfalls eine toxische Nebenwirkung vorliegt. Für das Verständniss der Schilddrüsentherapie sind unsere gegenwärtigen Anschauungen über die Function der Thyroidea von Bedeutung: In der Schilddrüse wird ein specifisches Secret erzeugt, welches aus einer organischen Jodverbindung besteht, in welcher das Jod in fester Verbindung aufgespeichert wird. Der Gehalt hieran kann bis zu 0·2—0·5% der frischen Drüse, der Jodgehalt der Verbindung bis beinahe 10% Jod (9·3%) betragen.

Dieses Secret wird fortwährend in kleinsten Mengen in den Kreislauf geworfen und dieses zur Zerstörung gewisser Giftstoffe unbekannter Natur verwendet, deren Existenz wir aus den toxischen Erscheinungen erschliessen, die nach Verlust der Schilddrüse respective ihrer Function — Athyreosis, Ekthyreosis — auftreten. Dass es sich dabei nicht um blosse Ausfallserscheinungen handeln kann, geht sowohl aus der Natur dieser Folgeerscheinungen, welche zum Theil durchaus den Charakter des activen Reizes tragen, hervor, als aus den Erscheinungen, welche die Substitution des Drüsensecrets respective die künstliche Steigerung desselben — Hyperthyreoidismus — zur Folge haben. Vielmehr wirkt die Drüsenabsonderung wie ein Antitoxin gewissen Toxinen gegenüber, die als Nebenproducte des Stoffwechsels auftreten. Fehlt das Secret, so häufen sich diese Toxine an und setzen den Stoffwechsel herab. Wird es im Uebermass abgesondert, oder in den Organismus eingebracht, so dass der Neutralisationspunkt überschritten wird und zuviel Thyrojodin im Körper kreist, so treten die specifischen Wirkungen des letzteren ein. Dass die Drüse überhaupt in Beziehung zum Stoffwechsel steht, geht zweifellos daraus hervor, dass sobald die Menge des Thyrojodins überschritten ist, welche physiologisch oder pathologisch in den Kreislauf übergeht, eine Beschleunigung des Stoffwechsels, bis zu krankhafter Steigerung desselben, eintritt, und dass umgekehrt eine Herabsetzung die Folge des Fehlens oder Sinkens der Drüsenfunction ist, welche durch Zufuhr von Aussen ersetzt werden kann.

Der Unterschied zwischen dem normalen und dem krankhaften Verhalten ist nur ein gradueller, und die Schilddrüse unterscheidet sich hierin in Nichts von dem Verhalten anderer Drüsen, z. B. des Magens. Wie wir hier die normale Absonderung, die herabgesetzte und gesteigerte Secretion mit ihren bekannten Folgen haben, so auch bei der Thyreoidea, nur dass sich hier die Störungen auf breiterer Basis wie dort aufbauen. In Bezug auf die Dosirung der Präparate hat sich die Regel herausgestellt, das Thyreoidin mit kleinsten Dosen beginnend in allmähliger Steigerung dem Körper zuzuführen und die Dosen nicht allzu hoch zu steigern. Es hat sich gezeigt, dass die Verabfolgung sehr grosser Quantitäten, etwa bis zu 1 und 2 Drüsen, oder der entsprechenden Menge von Tabletten keine Vortheile in Bezug auf die Heilwirkung, wohl aber gelegentlich entschiedenen Schaden durch das jähe Ausbrechen des Thyreoidismus bringen kann.

Man darf jetzt eine Tagesmenge von in maximo 10 Tabletten, entsprechend 3 mg Jod, als die höchst zulässige bezeichnen. Was nun die Indicationen der Schilddrüsentherapie anlangt, so sind bei Myxödem dieselben über jeden Zweifel erhaben. Die Schnelligkeit des Eintretens eines deutlichen Heilerfolges und die dazu erforderliche Menge wirksamer Substanz erscheint individuell sehr verschieden, ebenso der Eintritt etwaiger Symptome von Thyreoidismus, so dass sich darüber bestimmte Angaben nicht gut machen lassen. Durchaus bewahrheitet hat sich aber die schon von den ersten Beobachtern angegebene Erfahrung, dass die Kranken rückfällig werden, bald früher, bald später, sobald das Thyreoidin längere Zeit ausgesetzt ist. Anschwellung im Gesicht, Unbehagen, Schwere in den Gliedern sind die Mahnboten, die sie auffordern, zu den Tabletten zu greifen. Wenige Tabloids genügen dann auf längere Zeit, auf Wochen, selbst auf Monate, die Erscheinungen wieder zum Schwinden zu bringen. Aber gänzlich kommen sie von den Tabletten nicht mehr los, denen sie sich in vollem Sinne des Wortes mit Leib und Seele verschrieben haben.

Aehnlich wie bei dem Myxödem liegen die Dinge bei dem sporadischen Cretinismus oder, wie man ihn wohl richtiger bezeichnet, bei dem infantilen Myxödem. Zahlreiche Beispiele, vornehmlich aus der englischen und amerikanischen Literatur, aber auch solche von französischer, schweizerischer und deutscher Seite, geben Zeugniss von der günstigen Beeinflussung, welche die betreffenden Fälle zeigen können. So wunderbar nun auch die Veränderung des Gesammtverhaltens beim sporadischen Cretinismus und verwandter Zustände mangelhafter Entwickelung sind, so darf man doch nicht glauben, dass es bei den betreffenden Individuen zu einer vollständigen Heilung wie beim Myxödem oder der Kocher-schen Krankheit kommt. Die Besserung scheint, soweit unsere bisherigen Erfahrungen reichen, auf einem gewissen Punkte still zu stehen und das ist bei einem so schweren und meist bis in das Fötalleben zurückgreifenden Process schliesslich auch nicht zu verwundern. Auch dem endemischen Cretinismus gegenüber werden günstige Erfolge durch Thyreoideapräparate gemeldet, die freilich zunächst noch sparsam und unsicheren Gepräges sind.

Die Anwendung der Thyreoideapräparate bei Hautkrankheiten gründet sich auf die Beobachtungen bei Myxödematösen. Die starke Abschilferung der Haut und die augenscheinliche Aufbesserung der Ernährungsverhältnisse derselben gab Veranlassung, das Thyreoidin bei Hautkrankheiten, in erster Linie bei Psoriasis vulgaris, ferner bei Lupus, Ichthyosis, Xeroderma, Sklerodermie u. a. zu verwenden. Hierüber liegt schon ein stattliches Material vor, obgleich sich die Dermatologen, wenigstens in Deutschland, wie mir scheint, noch ziemlich spröde dieser Therapie gegenüber verhalten haben. Das grösste Material in dieser Beziehung hat offenbar Phineas Abraham unter Händen gehabt. Ihm schliessen sich andere englische und amerikanische Dermatologen an. Indessen sind die nüchternen Beobachter darin einig, dass die Erfolge, wenn sie überhaupt vorhanden waren, nur mit der grössten Vorsicht beurtheilt werden dürfen. Dies gilt hauptsächlich von der Psoriasis, bei der bekanntlich spontane und ganz unerwartete Rückbildungen nicht selten auftreten.

Anders steht es um die Therapie der Fettleibigkeit, die sich dem Beobachter sozusagen aufdrängen musste, der die starken Gewichtsverluste der Myxödematösen registrirte. Es sind zunächst

---

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1895, Nr. 16—19 u. 22.

amerikanische Aerzte, Barron, Putnam u. A., gewesen, welche Schilddrüsenpräparate in diesem Sinne anwendeten. In Deutschland hat zuerst Leichtenstern seine Erfolge mitgetheilt, denen Ewald selbst wenig später ähnliche Erfahrungen anreihen konnte. Die Wirkungen der Thyreoidea auf die Fettleibigkeit haben sich ja schnell in ärztlichen Kreisen und beim Laienpublicum Geltung verschafft; auch die unbeabsichtigten Nebenwirkungen des bei forcirter oder zu lange continuirlich fortgesetzter Anwendung auftretenden Thyreoidismus sind so bekannt, dass ich nicht nöthig habe, sie mit Beispielen zu belegen. Gewichtsabnahmen bis zu 10 Kilo in 6 Wochen, im Durchschnitt von etwa 4—5 Kilo in dieser Zeit bei täglicher Darreichung von 3—5 Tabletten dürften die Durchschnittsergebnisse sein, wobei zu bemerken ist, dass die Erfolge nur in Ausnahmefällen dauernde sind, vielmehr nach einiger Zeit, wenn nicht etwa das diätetische Regimen ad hoc d. h. im Sinne einer Entfettungscur geändert wird, eine neue Darreichung eintreten muss. Da es als sicher betrachtet werden darf, dass der Stoffwechsel in toto, also sowohl die Eiweisszersetzung wie die Fettverbrennung nach Thyreoideagebrauch gesteigert sind, so wird eine Abschmelzung von Eiweiss und Fett selbst dann stattfinden, wenn eine besondere Aenderung der Diät nicht vorgenommen wird, ja man kann, wie die Stoffwechselversuche von Richter gezeigt haben, den Eiweissverlust durch eine entsprechende Steigerung der Eiweisszufuhr auf ein sehr geringes Maass reduciren, und so dem Ideal einer Entfettungscur, das Fett abzuschmelzen, ohne den Eiweissbestand des Körpers zu schädigen sehr nahe kommen.

Zwei Fragen kommen aber noch in Betracht: 1. Woher kommt es, dass manche Fettleibige sich dem Thyreoidin gegenüber vollkommen refractär verhalten? 2. Hat das Thyreoantitoxin oder das Thyrojodin dieselbe Wirkung wie die Gesammtdrüse?

Die beiden grossen Gruppen der Fettleibigen, nämlich die, welche infolge unzweckmässiger Ernährung fett werden, und diejenigen, welche trotz eines strengen diätetischen Regime fett sind, unterscheiden sich in ihrer etwaigen Reaction gegen die Schilddrüsenpräparate nicht voneinander. In beiden Kategorien finden sich günstige und ungünstige Objecte der Behandlung, a priori sollte man meinen, dass die erste Gruppe ausnahmslos reagiren müsste, die zweite dann, wenn die Steigerung der Verbrennungsprocesse dem in solchen Fällen wahrscheinlich vorhandenen Manco gleichkommt beziehungsweise dasselbe übertrifft. Dass dem nicht so ist, zeigt meines Erachtens, dass der Fettansatz unter solchen Umständen jenseits der Grenze liegt, welche von den Verbrennungsprocessen beherrscht wird, und der Organismus mit grösster Zähigkeit seinen Fettbestand festhält. Dasselbe sieht man mit grosser Prägnanz bei der perniciösen Anämie. Der auffallende Fettreichthum der an diesem Leiden Verstorbenen zeigt, wie hartnäckig der Organismus trotz einer auf's äusserste beschränkten Nahrungszufuhr, seinen Fettbestand conserviren kann, trotzdem wie die neueren Untersuchungen mit Sicherheit nachgewiesen haben, die Oxydationsprocesse oder, sagen wir genauer, Sauerstoff-Einnahme und Kohlensäure-Ausscheidung dabei nicht herabgesetzt sind. Den zweiten Punkt kann ich bejahend beantworten. Das Thyrojodin setzt in eben dem Maasse das Körpergewicht herunter wie die Tabletten. Ein kräftiger Mann von 34 Jahren verlor nach 10tägigem Gebrauch von täglich 1·2 g Thyrojodin 2 Kilo Körpergewicht bei gleichbleibender Nahrung; ein anderer von 96 Kilo nach 24 Thyrojodintabletten in acht Tagen 2 Kilo, wobei der Puls von 88 auf 108 hinaufging. Eine fettleibige Dame, von 87·2 Kilo verlor innerhalb 14 Tagen 17 Kilo.

Mit wesentlichem Nutzen ist die Schilddrüsentherapie auch bei der Tetanie in Anwendung gebracht worden. Indessen kann doch Gottstein, welcher sorgfältigst über den Versuch berichtet, eine idiopathische Tetanie, bei der eine Schilddrüse durch Palpation nicht zu entdecken war, durch Implantation und später durch Schilddrüsenextract zu heilen, nur eine bedeutende Besserung aber keine vollständige Heilung erzielen, während Breisach bei zwei ausgesprochenen Tetaniefällen ein vollständiges Schwinden der Anfälle nach mehrwöchentlicher Darreichung von Thyreoid-Tabletten sah. Freilich kehrten die Anfälle nach dem Aussetzen der Fütterung wieder zurück, so dass es sich also nur um eine symptomatische Beeinflussung handeln konnte, und wir also hier zunächst noch weitere Erfahrungen abwarten müssen. Sehr unsichere und schwankende Ergebnisse hat die Schilddrüsentherapie bis jetzt auch bei einer Anzahl anderer Krankheiten ergeben: Epilepsie und Psychosen, Akromegalie, Rhachitis und endlich Morb. Basedow. Ewald selbst hat drei Fälle von typischem Basedow lange Zeit hindurch mit vollkommen negativem Resultat behandelt.

Alles in Allem genommen, muss anerkannt werden, dass wir in der Schilddrüsenbehandlung ein ebenso mächtiges wie in seiner Wirkungsweise vielfach räthselhaftes therapeutisches Agens in Händen haben. Es war der praktische Blick unserer angelsächsischen Nachbarn, welcher sie zuerst die Schilddrüsentherapie, ich möchte sagen, mehr empirisch, in ausgedehntem Maasse anwenden liess. Wir dürfen stolz sein, dass es die deutsche Wissenschaft gewesen ist, welche zuerst die experimentelle Grundlage dafür gegeben und in der hochwichtigen Entdeckung Baumann's eine erste Einsicht in die in der Drüse vorhandenen wirksamen Stoffe verschafft hat.

(Fortsetzung folgt.)

Société de biologie in Paris.

Sitzung vom 11. Jänner 1896.

Gilbert und A. Fournier: Defibrinirtes Blut als Nährboden für Pneumococcen.

Die Vortragenden haben Pneumococcen in flüssigem oder durch Erwärmen festgemachtem defibrinirtem Blut vom Menschen, vom Pferd, Hund und Esel gezüchtet. Mit Ausnahme des Pferdeblutes haben alle diese Nährböden ziemlich gleiche Resultate gegeben.

In flüssiges defibrinirtes Blut geimpft, entwickelt sich der Pneumococcus bei 33° sehr rasch und sehr reichlich. Wie im Serum, treten auch hier Kapseln auf. Seine Vitalität, seine biologischen Charakteristika und seine Virulenz erhalten sich sehr gut. Dabei tritt unter dem Einfluss seiner Entwicklung eine Farbenänderung des Nährbodens auf. Die Flüssigkeit wird nach 24 Stunden röthlich weinfarben, später dunkelviolett, wie Pflaumenmus. Diese Verfärbung rührt, wie sich spectroskopisch nachweisen lässt, von einer Umwandlung des Hämoglobins in Methämoglobin her. Die Flüssigkeit gibt in der ersten Zeit gleichzeitig die Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins und Methämoglobins in saurer Lösung, später nur mehr die des Methämoglobins.

Da eine Reihe toxischer Substanzen die Fähigkeit haben, Hämoglobin in Methämoglobin zu verwandeln, lag die Vermuthung nahe, dass die Umwandlung in den Culturen von den Toxinen des Pneumococcus herrühre. Serum, in welchem Pneumococcen gezüchtet worden sind, bewirkt aber in sterilem defibrinirtem Blut die Verfärbung nicht.

Auf festem defibrinirtem Blut zeigen Pneumococcen kein Oberflächenwachsthum, wachsen dagegen im Stich sehr energisch. Ihre Vitalität und Virulenz persistiren hier ebenfalls lang, aber nicht so lang, wie im flüssigen Blut. Dabei nimmt nach 18—20 Stunden der ursprünglich chocoladefarbene Nährboden eine grüne, später braungelbe Farbe im Bereich des Impfstiches an.

Die Versuche, Friedländer'sche Bacillen, Influenza-, Diphtherie-, Milzbrand-, Typhusbacillen, Bacterium coli, Streptococcen und Staphylococcen auf festem defibrinirten Blut zu züchten, ergaben, dass alle diese Mikroben — mit Ausnahme der Streptococcen — Oberflächenculturen bilden, wie auf Serum. Eine decolorirende Wirkung auf das Hämoglobin üben sie nicht aus.

Festes defibrinirtes Blut kann daher nicht nur wegen der Güte des Nährbodens in Bezug auf Wachsthum und Virulenzerhaltung, sondern auch als guter differential-diagnostischer Behelf zur Züchtung von Pneumococcen verwendet werden.

Lévi: Patellarreflexe im Verlauf von Leberaffectionen.

Lévi hat bei Leberaffectionen den Zustand der Patellarreflexe untersucht. In 14 Fällen waren sie pathologisch, darunter in 8 Fällen ganz erloschen. In 4 Fällen waren sie gesteigert. Der rechte Reflex war in einem Falle gesteigert, in zwei Fällen erloschen, was den Vortragenden an das halbseitige rechte Oedem Hanot's bei Leberaffectionen erinnert.

Sitzung vom 25. Jänner 1896.

Vaquez und Marcano: Aenderungen der Resistenz des Blutes bei paroxysmaler Hämoglobinurie.

Die physiologischen Grenzen der Widerstandsfähigkeit der Blutkörperchen sind noch schlecht gekannt, weil die Methoden zur Bestimmung derselben nicht präcise genug waren. Die Vortragenden haben es nun versucht, die Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen in einem Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie im Verlauf von Paludismus zu untersuchen. Das Resultat der Beobachtungen ist in Kurzem, dass die Zahl der während eines Anfalles innerhalb 24 Stunden zerstörten rothen Blutkörperchen ein Drittel der Gesammtzahl beträgt, während sie ausserhalb des Anfalles (am Abend vorher und 20 Tage nachher) nur ein Viertel erreicht. Im Zusammenhang damit steht die rapide Abnahme des Hämoglobingehaltes, die aber, percentuell ausgedrückt, noch grösser ist, als die Abnahme der rothen Blutkörperchen.

Marinesco: Primäre und secundäre Läsionen der Nervenzellen.

In einer früheren Mittheilung hat der Vortragende durch histologische, experimentelle und klinische Thatsachen den Beweis zu erbringen versucht, dass es periphere Neuritiden ohne Betheiligung der Centren der afficirten Nerven nicht gibt. In dem folgenden Vortrag sollen die Resultate von Untersuchungen über die Natur dieser centralen Läsionen gegeben werden.

Eine motorische Nervenzelle hat folgende Structur: Sie setzt sich aus einer (nach der Nissl'schen Methode) homogen erscheinenden Grundsubstanz zusammen, welche in ihrem Innern Elemente enthält, welche mit basischen Anilinfarbstoffen sich lebhaft färben (chromatophile Elemente). Dieselben liegen theils als perinucleäre Lage concentrisch um den Kern herum, theils gehen sie strahlenförmig an der Peripherie in die Protoplasmafortsätze hinein. Der Achsencylinder zeigt fibrilläre Structur, enthält aber keine sich färbenden Elemente. Die chromatophilen Elemente werden als Kinetoplasma, die Grundsubstanz der Zelle und des Achsencylinders als Trophoplasma bezeichnet.

An die Integrität dieses Trophoplasmas ist nun die Ernährung der Nervenfaser und der Muskelfaser geknüpft, während das Kinetoplasma die Substanz darstellt, welche zur Umformung der sensiblen Erregungen und motorischen Reize nothwendig ist. Wird bei einem Kaninchen ein motorischer Nerv durchschnitten, so lässt sich schon wenige Tage später ein im Anfang nur partielles Verschwinden des Kinetoplasmas nachweisen. Die Autoren haben dieses Phänomen als «Dissolution» der chromatophilen Elemente bezeichnet. Wie Nissl gezeigt hat, beginnt die Dissolution im Niveau des Abganges des Achsencylinders, verbreitet sich dann über die ganze Zelle und ergreift schliesslich auch die perinucleäre Lage. Der Process muss als «Reaction à distance» bezeichnet werden, da Achsencylinder und das Myelin der durchschnittenen Faser intact sind. Er ist reparabel, die chromatophilen Elemente können, wenn der Regenerationsprocess des Nerven eintritt, wieder auftreten.

Irreparabel ist dagegen die Läsion der Nervenzelle, wenn der Läsion des Kinetoplasma auch eine Läsion des Trophoplasmas folgt. In dieser zweiten Phase kommt es dann zu einer Degeneration des von den Ganglienzellen abgehenden Achsencylinders, zu jenen Bildern, die schon vor der Verfeinerung der Färbetechnik bekannt waren, aber irrthümlich als ascendirende Neuritiden aufgefasst worden sind. Die Degeneration des centralen Stückes ist kein ascendirender Vorgang, sondern ein Process, der die Folge der Alterationen des Trophoplasmas der Nervenzelle ist.

Charrin und d'Arsonval: Toxine und Elektricität.

Die Autoren haben in früheren Mittheilungen ihre Untersuchungen, über den Einfluss elektrischer Ströme auf Bacterien, veröffentlicht. Nach den Resultaten derselben ist der elektrische Strom an und für sich, ohne dass Temperatur-Schwankungen oder chemische Veränderungen des Nährbodens dabei mitspielen, im Stande, die Functionen, die Gestalt, die Vermehrung der Bacterien zu beeinflussen. Ihre gegenwärtige Mittheilung gibt die Ausdehnung dieser Versuche auf Toxine. Es ergab sich dabei, dass Toxine, wenn sie der Wirkung von hohen constanten Strömen ausgesetzt wurden, Meerschweinchen nicht tödteten, während die unveränderten Toxine den Tod in höchstens zwei Tagen herbeiführten. Bei Anwendung discontinuirlicher Ströme wurden die Toxine so weit abgeschwächt, dass Dosen, welche in 2—4 Tagen tödtlich gewirkt hatten, höchstens Abmagerung hervorriefen.

Die Vortragenden betonen die Wichtigkeit ihrer Befunde für die Abschwächung toxischer Bacterienproducte und legen die Möglichkeit, mit Hilfe des elektrischen Stromes Impfstoffe und antitoxische Substanzen zu erzeugen, nahe.

Sitzung vom 1. Februar 1896.

Laborde: Präventive und curative Wirkung des Curare bei Strychnin-Tetanus.

Der Vortragende demonstrirt zwei Frösche, von welchen dem einen $^1/_2$ mg Curare-Extract, dem anderen $^1/_4$ mg Strychnin injicirt worden war. Wird nun dem ersten Frosch in diesem Zustande der Curarisation $^1/_4$ mg Strychnin injicirt, so zeigt er kein Symptom des Strychnintetanus und umgekehrt hört bei dem zweiten Frosch der Tetanus wenige Minuten nach Injection von $^1/_2$ mg Curare auf. Curare besitzt demnach zugleich präventive und curative Wirkung gegen den toxischen Tetanus.

Charrin und Langlois: Experimentelle Hypertrophie der Nebennieren.

Die Autoren haben vor einigen Jahren gezeigt, dass man durch Injection bacterieller Gifte die verschiedenartigsten Läsionen an den Nebennieren — von einfacher Congestion bis zu ausgebreiteten Hämorrhagien — hervorrufen könne. Diese Angaben sind auch seither von verschiedenen Autoren bestätigt worden.

Die nunmehr demonstrirten Präparate zeigen aber ausserdem, dass die Nebennieren unter dem Einfluss von Bacteriengiften beträchtlich hypertrophiren. Es macht den Eindruck, als ob es sich dabei um eine compensatorische Hypertrophie handelte, welche unter den Einfluss der vermehrten, der Nebenniere aufgebürdeten Arbeitsleistung entstanden ist.

Zur Erzeugung dieser Hypertrophien wurden erst ganz geringe Toxindosen wiederholt, dann nach 6—8 Wochen eine grössere Quantität injicirt. Kfn.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Olaf Hamarsten: Lehrbuch der physiologischen Chemie. Verlag von J. F. Bergmann. Wiesbaden 1895.

Nach einem Zeitraume von fünf Jahren ist eine neue Auflage des bekannten Hamarsten'schen Lehrbuches nothwendig gewesen, ein Umstand, der allein schon für den Werth und die Bedeutung des Werkes spricht.

Die vorliegende dritte Auflage ist entsprechend den Fortschritten der physiologischen und pathologischen Chemie gründlich umgearbeitet und wesentlich erweitert; die Zahl der Capitel ist eine grössere, wie in der früheren Auflage, da das Anwachsen des Stoffes die gesonderte Besprechung einer Reihe von Gegenständen nothwendig machte, und überall sind die neuesten Arbeiten berücksichtigt.

Was bei der Lectüre des Buches besonders angenehm berührt und den Werth desselben wesentlich erhöht, ist die Objectivität, mit der Hamarsten auch Ansichten, die den seinigen widersprechen, behandelt, so dass der Leser kein einseitiges, durch subjective Anschauungen gefärbtes Bild, sondern einen vollständigen Ueberblick über unsere derzeitigen Kenntnisse des Gegenstandes gewinnt.

Eine sehr erwünschte Neuerung sind die in der vorliegenden Auflage dem Texte beigefügten zahlreichen Literatur- und Quellenangaben, die mit Sorgfalt und Gründlichkeit zusammengestellt sind.

Das Werk, das sich neben der exacten und wissenschaftlichen Behandlung des Stoffes auch durch klaren, angenehmen Stil auszeichnet, ist nicht nur für den Chemiker bestimmt, es wird auch jedem Arzte, der wissenschaftliches Interesse hat, reiche Anregung und Belehrung geben. A. Hammerschlag.

Hermann Frey: Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung. Experimentelle Studien mit dem Mosso-schen Ergographen. Carl Sallmann. Basel und Leipzig 1896.

Frey machte über den Einfluss des Alkohols, vergleichsweise auch des Zuckers, Thees und Kaffees auf den nicht ermüdeten und auf den ermüdeten Muskel eine grosse Reihe von Versuchen, sowohl an Patienten der medicinischen Klinik, als auch an Collegen und an sich selbst; die dabei erhaltenen Ermüdungscurven ergeben, mit den individuellen normalen verglichen, constante Abweichungen, welche Verfasser durch eine Doppelwirkung des Alkohols, einerseits centrale und periphere Lähmung, andererseits Zufuhr von neuem Brennmaterial zum Muskel, in anregender Weise erklärt. Viele Details müssen im Original nachgelesen werden. Mässiger Alkoholgenuss hat beim nicht ermüdeten Muskel eine Verminderung der maximalen Einzelleistungen, beim ermüdeten eine bedeutende Steigerung der Arbeitsleistung zur Folge, ohne dass aber die grössere Einzelleistung die des nicht ermüdeten Muskels erreicht; die ausgesprochene Wirkung tritt schon nach 1—2 Minuten auf und hält längere Zeit an; in allen Fällen hat der Alkohol eine Herabsetzung des Ermüdungsgefühles zur Folge; bei mässigen Dosen konnten keine ungünstigen Nachwirkungen constatirt werden, welche etwa den für den ermüdeten Muskel erzielten Gewinn wieder aufgehoben hätten; bei grösseren nehmen die Lähmungserscheinungen proportional zu und treten in den Vordergrund.

Verfasser lehnt sich an Mosso und dessen Mitarbeiter an, widerspricht Bunge, welcher den Satz aufstellt, dass der Alkohol überhaupt nur lähmende Eigenschaften habe, jedoch zweifelt, ob er etwa in den Muskeln oder Nerven zur Verrichtung ihrer Functionen die Kraftquelle abgeben könne. Verfasser streift nur leise die sociale Bedeutung, fordert zu Nachprüfungen und weiteren Untersuchungen auf und empfiehlt als geeignetsten Apparat den Mosso'schen Ergographen. Die schöne Arbeit, welche aus der medicinischen Klinik von Prof. Sahli in Bern stammt, ist in den «Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten der Schweiz», IV. Reihe, Heft 1, erschienen; die Ausstattung ist musterhaft. Infeld.

Zemanek: Repetitorium der Militärhygiene mit besonderer Berücksichtigung der bestehenden Vorschriften für österreichische Aerzte. Deuticke, Wien und Leipzig 1896.

Vorliegende Arbeit wurde nach des Verfassers eigenen Worten ursprünglich als Leitfaden für die k. u. k. Assistenzarzt-Stellvertreter geschrieben, erfuhr später, als in Oesterreich die Stabsärzteprüfung eingeführt ward, mit Rücksicht auf diese eine Ergänzung und sollte sich schliesslich auch noch als Nachschlagebuch für die Praxis erweisen.

Diese drei Aufgaben unter einen Hut zu bringen, ist dem Verfasser leider nicht vollkommen gelungen. Insbesondere für die Candidaten, die sich zur Stabsärzteprüfung vorbereiten, wird es sich noch immer besser empfohlen, nach dem Leitfaden von Stabsarzt Dr. Schäfer zu studiren, und auch die Stellvertreter werden mit diesem kleinen compendiösen Büchlein rascher und sicherer an das Ziel gelangen, wie mit Zemanek's literarischem «Sammelwerk». Am besten würde sich letzteres noch als Nachschlagebuch für praktische Militärärzte eignen, weil die einschlägigen Vorschriften mit grossem Fleiss hier zusammengetragen sind, wenn nicht wissenschaftliche Unrichtigkeiten eine nochmalige Durchsicht des Buches seitens des Verfassers dringend erheischen würden. Wir wollen nur zur Begründung der Behauptung, dass es nicht gut sei, wissenschaftliche Publicationen zu überhasten, folgende zwei Stellen anführen. Verfasser sagt auf S. 224:

«Von localen, durch «Mikroparasiten erzeugten» Erkrankungen wären beispielsweise hier zu nennen das durch Mikrococcen (Sattler) verursachte Trachom, die durch Krätzmilbe verursachte Seabies u. s. w.»

Krätzmilbe also ein Mikroparasit! (sic!) Ferner S. 97:

«Sehr oft findet man im Wasser Algen, Insecteneier und Infusorien, von welchen die Monaden mit dem Wasser in das Blut kommen und, indem sie die weissen Blutkörperchen — Mikrocyten, Poikilocyten — zerstören, eine perniciöse Anämie erzeugen.»

Bei perniciöser Anämie betrifft die Degeneration immer nur die rothen Blutkörperchen — die Leukocyten bleiben selbst in der Zahl normal. Und wenn es auch nach den Angaben von Klebs, Frankenhäuser und Neelsen erwiesen scheint, dass bei perniciöser Anämie bisweilen im Blute Infusorien auftreten, die eine lebhafte Eigenbewegung haben und bald mit, bald ohne Geisselfäden ausgestattet sind, so kann man doch nur sagen, dass dieses Vorkommen von Infusorien auf eine Blutinfection hinweist, darf aber nach dem gegenwärtigen Stande dieser Frage die Klebs'schen Monaden nicht als ursächliche Erreger dieser Krankheit hinstellen, selbst dann nicht, wenn Klebs auch behauptet, er habe in Prag und früher in Zürich immer derartige Infusorien bei perniciöser Anämie gefunden. Ob sie deshalb die wirklichen Krankheitserreger sind, ist eben noch eine ebensoviel umstrittene Frage, wie die in demselben Absatz der Publication vorkommende Angabe: «oder sie (die Monaden) kommen in die Schilddrüse und erzeugen den in einigen Gegenden endemischen Kropf»; soviel aber ist sicher: dadurch entsteht perniciöse Anämie nicht, dass die weissen Blutkörperchen zerstört werden. Robitschek.

Ophthalmoskopische Studien. Von **Dr. A. Siegrist** in Basel. Mitth. aus Kliniken u. med. Instituten d. Schweiz. III. Reihe, 9. Heft. Carl Sallmann, Basel u. Leipzig, 1895.

Dieses Heft enthält die folgenden Arbeiten:

I. Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper in der Maculagegend.

II. Traumatische Ruptur von Ciliararterien.

III. Experimentelle Untersuchungen über den Verbreitungsbezirk und über die Möglichkeit gegenseitiger Vicariirung der Ciliararterien beim Kaninchen.

Der erste Artikel enthält die Mittheilung eines Falles von plötzlich entstandener Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper, die dadurch zustande kam, dass der betreffende Patient, ein Trinker, sich beim Blasen einer Posaune stark überanstrengte. Der rothe Blutherd verwandelte sich nach und nach in einen scharf begrenzten weissen Fleck, den der Autor für ein durch Umwandlung des Blutherdes entstandenes fibrinöses Gebilde hält, und die Sehschärfe, die anfangs, da gerade die centralen Partien der Retina betroffen waren, fast 0 war, stieg mit der Zeit auf $^6/_{10}$. Die Blutung war durch Berstung einer oberen temporalen Vene entstanden.

Der zweite Artikel enthält vier Krankengeschichten, welche sämmtlich Fälle von stumpfer Gewaltwirkung gegen das Auge ohne äussere Läsionen zum Gegenstande haben. Als Folge dieses Traumas trat eine gelbliche Verfärbung des Augenhintergrundes auf in einem oder mehreren scharf begrenzten Bezirken, die von Pigmenteinwanderung gefolgt war. Diese Flecke schliessen alle an die Papille an und verbreiten sich von da nach der Peripherie und haben je nach dem Sitze der Veränderung centrale oder paracentrale Scotome im Gefolge. Der Autor hält das Krankheitsbild für hervorgerufen durch eine Affection der Chorioidea und beruft sich dabei auf die Untersuchungen Wagenmann's, die er eingehend analysirt. Er kommt zu dem Schlusse, dass es sich in seinen Fällen um Verletzung einer hinteren Ciliararterie handeln müsse.

Die dritte Arbeit hat zum Zweck, experimentell festzustellen, ob die langen Ciliararterien beim Kaninchen, an dem Wagenmann experimentirt hatte, Endarterien seien. Durch Injectionsversuche wurde das auch mit grosser Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Beim Kaninchen liegen die Verhältnisse folgendermassen: 1. Jede Arteria ciliaris longa versorgt das ihr benachbarte Drittel der Chorioidea und des Corp. ciliare, dazu die Hälfte der Iris. Letztere offenbar im Verein mit den vorderen Ciliararterien. 2. Die hinteren kurzen Ciliararterien versorgen das mittlere Drittel der Chorioidea und des Ciliarkörpers. Auch die hinteren kurzen Ciliararterien scheinen Endarterien zu sein. Injectionsversuche an menschlichen Leichen führten bisher noch zu keinem Resultate. Kunn.

Zeitungsschau.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 17—20.

Groedel (Nauheim): Ueber acuten Gelenksrheumatismus im Anschluss an Angina.

Verfasser hatte in seiner Stellung als Badearzt in Nauheim oftmals Gelegenheit, zu beobachten, dass Erkrankungen an Gelenksrheumatismus eine Angina vorausgegangen war. Von 21 derartigen Krankengeschichten veröffentlicht er zunächst 12, in denen dies Verhältniss besonders deutlich zu Tage tritt. Die Angina hat nach Groedel in diesen Fällen die Bedeutung einer Localaffection, von welcher aus die zur Erregung einer Rheumarthritis geeigneten Coccen in das Innere des Körpers eindringen können. Zu einem acuten Gelenksrheumatismus dürfte es hiedurch nur dann kommen, wenn die Disposition zu dieser Krankheit gegeben wäre, während ein andermal die Localaffection an den Tonsillen eine Erkrankung der Nieren, der Lymphdrüsen etc. zur Folge haben oder nur zu vagen rheumatischen Schmerzen im Rücken und den Gliedern führen würde oder auch ohne jede Fernwirkung verliefe.

Dräer (Königsberg): Die bacteriologische und klinische Diagnose «Diphtherie».

Dräer suchte mit Hilfe des relativ grossen Materials des hygienischen Institutes in Königsberg die Frage zu beantworten, wie sich das Verhältniss zwischen klinischer und bacteriologischer Diagnose «Diphtherie» gestaltet, und gelangt dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Der Krankheitsbegriff Diphtherie wird durch die bacteriologische Diagnose eingeengt. 2. Der Thierversuch ist nur für die Fälle heranzuziehen, bei denen sich die gezüchteten Bacterien als Pseudodiphtheriebacillen zu erweisen scheinen. 3. Die Pseudodiphtheriebacillen bilden eine in sich abgeschlossene, wohl charakterisirte und für den geübten Untersucher leicht zu unterscheidende Bacteriengruppe.

Gaule (Zürich): Ueber den Modus der Resorption des Eisens und das Schicksal einiger Eisenverbindungen im Verdauungscanal.

Die Resultate seiner ausgedehnten Untersuchungen über die Resorption des Eisens im Verdauungscanal fasst Gaule in folgenden Sätzen zusammen: 1. Es werden nicht blos organische Eisenverbindungen, sondern auch anorganische, wie Eisenchlorid, resorbirt. 2. Auch die Resorption des Eisenchlorids geschieht, nachdem sich dasselbe mit den organischen Substanzen des Mageninhaltes in eine organische Eisenverbindung umgewandelt hat. 3. Die Resorption geschieht im Duodenum, und zwar ausschliesslich in diesem. Weder im Magen noch im Dünndarm ist eine Resorption nachzuweisen. 4. Die Aufnahme geschieht durch die Darmepithelien und durch die centralen Lymphgefässe der Zotten, also in ähnlicher Weise, wie bei dem Fett. 5. Zwei Stunden nach der Einbringung eines Eisenpräparates in den Darm lässt sich bereits in der Milz in den Pulpazellen eine vermehrte Ablagerung des von Hall so genannten Eisenvorrathes nachweisen. 6. Der Vorgang der Eisenresorption ist ein vollkommen normaler und nicht aus einer Störung der normalen Thätigkeit zu erklären.

D.

Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 17 und 18.

A. Gottstein: Ueber gesetzmässige Erscheinungen bei der Ausbreitung einiger endemischer Krankheiten.

Ausgehend von der Thatsache, dass für die Form, unter welcher eine contagiöse Krankheit sich ausbreitet, nicht die Art des Contagiums, sondern lediglich die Empfänglichkeit für dasselbe massgebend ist, hat Gottstein für eine Reihe von Infectionskrankheiten die Grösse der Empfänglichkeit zahlenmässig in der Weise festgestellt, dass er empyrisch bestimmte, wie viele von je 100 Menschen, welche mit dem betreffenden Contagium nachweislich in Berührung gekommen sind, nachträglich auch wirklich daran erkrankten. Die gefundene Zahl durch hundert dividirt gibt den sogenannten Contagionsindex. Derselbe beträgt für Masern 0·95, für Scharlach 0·4, für Diphtherie 0·1. Je allgemeiner die Empfänglichkeit für ein Contagium ist, umso rascher wird die Zahl der Erkrankungsfähigen ergriffen, und umso schneller muss der Zeitpunkt kommen, wo die Epidemie aus Mangel an Material wieder absinkt. Thatsächlich zeigt die Masernepidemie, die unter den genannten Infectionskrankheiten den grössten Contagionsindex besitzt, in den meisten europäischen Grossstädten in Zwischenräumen von 3—5 Jahren einen ausserordentlich steilen Anstieg, dem nach ein bis höchstens zwei Vierteljahren ein ebenso steiler Abstieg folgt. Bemerkenswerth ist die Thatsache, dass fast alle grösseren Masernepidemien auf das zweite Viertel des Jahres fallen. Je weniger Empfänglichkeit für ein Contagium vorhanden ist, umso langsamer muss die Endemie ansteigen, sich ausbreiten und abfallen. Dementsprechend zeigt die Scharlachcurve einen viel langsameren Anstieg, erreicht nirgends auch nur annähernd die Höhe der Maserncurve und fällt viel sanfter ab. Noch viel flacher ist der Verlauf der Diphtheriecurve und die Zeit vom Ansteigen bis zur Erreichung des Höhepunktes und bis zum endlichen Abfall erstreckt sich hier auf Jahrzehnte.

E. Ponfick: Zur Pathogenese der abdominalen Fettnekrose.

Bei der Section eines 43jährigen Mannes, der unter den Erscheinungen eines acut entstandenen Ileus im Laufe weniger Tage zugrunde gegangen war, fanden sich neben einer Fettnekrose des Pankreas ausgedehnte hämorrhagische Herde im subperitonealen Zellgewebe. Die bacteriologische Untersuchung des einem Blutherde entnommenen Gewebssaftes ergab die Anwesenheit von Bacillen, die morphologisch und culturell den Typhusbacillen nahe stehen, sich von denselben aber durch den positiven Ausfall der Indolreaction unterscheiden. Mit Escherich's Bacterium coli commune theilen die Bacillen die Art und die Bedingungen des Wachsthums, unterscheiden sich jedoch von ihm durch die Glätte und den Glanz der Colonien, sowie die Schärfe und Gleichmässigkeit der Umrandung. Für weisse Mäuse und Kaninchen erwies sich der Bacillus pathogen, während Meerschweinchen und Hunde seinem Vordringen in hohem Maasse Widerstand leisten. Die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der beschriebenen Bacillen lässt Ponfick offen, indem er es von dem Ergebnisse weiterer Beobachtungen abhängig macht, ob die Anwesenheit dieses Mikroorganismus im retroperitonealen Zellgewebe als eine constante und wesentliche Begleiterscheinung der sogenannten Fettnekrose aufzufassen ist.

L. Casper: Die frühe und exacte Diagnostik der Tuberculose des Harntractus.

Bei einer 42jährigen Patientin, die die Erscheinungen einer mittelschweren Cystitis darbot, konnte Casper, nachdem die Untersuchung des Sedimentes die Anwesenheit von Tuberkelbacillen ergeben hatte, durch Katheterisation beider Ureteren den Nachweis erbringen, dass das Secret der linken Niere normale Beschaffenheit zeigte, während der Urin der rechten Niere leicht getrübt war und zahlreiche Eiterzellen und Tuberkelbacillen enthielt. Die auf Nephrophthisis dextra gestellte Diagnose wurde durch die Operation bestätigt, indem sich hiebei die rechte Niere von Tuberkelknötchen und einzelnen grösseren käsigen Herden durchsetzt erwies. Die Patientin ist vollkommen genesen; der Urin normal.

W. Friedrich: Ueber die diuretische Wirkung des Harnstoffes.

Friedrich theilt mehrere Fälle von Lebercirrhose mit hochgradigem Ascites mit, bei denen sich der Harnstoff als Diureticum (bis 12·0 g pro die) vortrefflich bewährte. Die Beobachtungen stammen noch aus dem Jahre 1892.

H. Strauss: Ueber die Entstehung von Schwefelwasserstoff und Indol im menschlichen Magen durch bacterielle Eiweisszersetzung.

Strauss fand bei einem Falle von chronischer Darmstenose in dem eine Stunde nach Darreichung des Probefrühstücks ausgeheberten Mageninhalte, der intensiv nach Schwefelwasserstoff roch, reichliche Mengen von Bacterium coli und hält es im Hinblicke auf die Untersuchungen von Ballistreri, Petri und Maassen u. A. für wahrscheinlich, dass die genannten Bacterien die Schwefelwasserstoffbildung erzeugt hatten. Interessant war der Gegensatz zwischen Schwefelwasserstoffbildung und Milchsäuregährung. Während der schwefelwasserstoffhältige Mageninhalt gar keine Milchsäure

enthielt, liess sich beim selben Patienten während eines zweiten Anfalles von Stagnation kein Schwefelwasserstoff, wohl aber Milchsäure im Mageninhalte nachweisen. Durch Zusatz von Traubenzucker konnte der wasserstoffhältige Inhalt gezwungen werden, eine abundante, vorwiegend Kohlensäure liefernde Gasgährung zu produciren. Eine weitere Eigenthümlichkeit des Falles liegt in dem Nachweise eines intensiven Indolbildners und einer wenn auch schwachen Indolbildung im Magen.

P. Ruge: Zur Behandlung des Pruritus vulvae.

Gegen Pruritus vulvae, der sich nach der Ansicht des Verfassers in der Mehrzahl der Fälle auf mikroparasitäre Einwirkungen zurückführen lässt, empfiehlt Ruge gründliche Reinigung der Genitalien mit Seife und nachherige energische Sublimatwaschung.

Düms: Ueber Spontanfracturen.

Verfasser macht auf eine besondere Form von Spontanfracturen aufmerksam, die ihre Entstehung entzündlichen Veränderungen des Knochens verdankt, weshalb er sie als »entzündliche Spontanfracturen bezeichnet. In den Sanitätsberichten der deutschen Armee sind in dem Zeitraume von 1882—1890 13 derartige Beobachtungen mitgetheilt. Sämmtliche Fälle betreffen den Oberschenkel. Die unmittelbare Veranlassung der Fractur war wohl in allen Fällen ein Trauma, doch stand dasselbe in einem so auffallenden Missverhältniss zur Schwere des Effects, dass es nahe liegt, die Ursache der Fractur in einer abnormen Widerstandslosigkeit des Knochens zu suchen. Ueber die dieser abnormen Brüchigkeit zugrunde liegende Veränderung lässt sich beim Mangel an einschlägigen Autopsien nichts Bestimmtes aussagen. Möglicherweise handelt es sich um chronisch verlaufende, rareficirende Entzündungen, dafür spricht der Umstand, dass einzelne Patienten schon Wochen vorher an der Fracturstelle Schmerzen empfunden hatten, die sich bei Anstrengungen steigerten. Andererseits lässt die Thatsache, dass nur der Oberschenkel und zwar vorwiegend der rechte betroffen ist, vor Allem aber der Umstand, dass aus keiner anderen Armee derartige Fälle berichtet sind, daran denken, dass bestimmte militärische Uebungen an dem Zustandekommen dieser Spontanfracturen Antheil haben können, so zwar, dass durch gewisse mechanische Einwirkungen in dem Knochengewebe des Femur eine Disposition zur Lockerung der Structur geschaffen wird. N.

Münchener medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 20 u. 21.

Börger (Greifswald): Ein Beitrag zur Casuistik der Bromoformvergiftungen.

Das Bromoform konnte sich als allgemeines Anästheticum in der Chirurgie nicht einbürgern; dagegen wird es, nach dem Vorschlage Stepp's, bei Keuchhusten ziemlich viel verwendet; alle bis jetzt bekannten Vergiftungen sind auch auf die Verwendung des Bromoforms bei dieser Krankheit zurückzuführen. Börger konnte 12 Fälle aus der Literatur sammeln, deren Krankengeschichten er kurz wiedergibt; dazu kommen zwei eigene Beobachtungen. Nur in einem von den 14 Fällen erfolgte tödtlicher Ausgang, sonst Genesung ohne Nachwirkungen. Die Symptome der Vergiftung sind: Auftreten plötzlicher Bewusstlosigkeit; Gesichtsfarbe blass, Lippen cyanotisch. Pupillen eng und lichtstarr, manchmal auch weit und lichtstarr. Muskulatur vollkommen erschlafft, mit Ausnahme der Masseteren. Die Körperhaut kühl; Corneal- und übrige Reflexe erloschen, Sensibilität aufgehoben. Herztöne schwach und beschleunigt; Athmung oberflächlich, aussetzend. Aus dem Munde Bromoformgeruch; der Harn gibt Bromreaction. Die Angriffspunkte für das Bromoform scheinen vorerst das Grosshirn, dann das verlängerte Mark zu bilden. Therapeutisch hat man Excitation des Herzens durch Aether oder Kampher, künstliche Respiration und mechanische Entfernung des Giftes durch den Magenschlauch anzuwenden.

v. Hoesslin (Neuwittelsbach): Ueber die Ursachen der multiplen Gehirnnervenlähmung.

Die Ursache multipler Gehirnnervenlähmung ist entweder im Gehirn selbst oder an der Basis zu suchen; im ersteren Falle kann es sich um entsprechend localisirte Tumoren, ferner um Polioencephalitis inferior oder superior handeln. Die Polioencephalitis inferior verläuft unter dem Bilde der Bulbärparalyse, die superior unter dem der Ophthalmoplegia exterior. An der Basis können die Gehirnnervenlähmungen ebenfalls durch Tumoren, ferner, und das ist das häufigste, durch Meningitis hervorgerufen werden. Eine mehr selbstständige Stellung nimmt die syphilitische und die neuritische multiple Gehirnnervenlähmung ein. Bei der syphilitischen ist frühzeitige Stellung der Diagnose natürlich sehr wichtig; die neuritische ist erst in letzterer Zeit mehr gewürdigt worden. Verfasser führt ein typisches Beispiel einer solchen Erkrankung ein. Die Ursachen sind dieselben wie die der Polyneuritis überhaupt, Alkoholmissbrauch, vorausgegangene Diphtherie, Diabetes und andere. Die Prognose der Erkrankung ist nicht besonders schlecht; die Therapie auf die Grundursache gerichtet.

Bulling (Reichenhall): Spontane Lungentuberculose einer Ziege.

Die Ziege wird als immun gegen die Tuberculose betrachtet und die Ziegenmilch häufig roh getrunken; Bulling meint nun, auf Grund des positiven Befundes von Tuberculose einer Ziege verlangen zu können, dass auch die Ziegenmilch nur in gekochtem Zustande getrunken werde.

Hahnemann (Maxhütte): Zwei Fälle puerperaler Eklampsie bei Zwillingsschwestern.

Beide Frauen erkrankten ohne vorherige Erkrankung in der Schwangerschaft, gleich nach der Entbindung an heftigen Kopfschmerzen und Amaurose, denen eklamptische Krampfanfälle, die bei beiden in gleicher Art und Zahl auftraten; bei beiden Genesung nach Morphium-Injectionen. Nach der Ansicht des Verfassers scheint hierdurch die von Horff aufgestellte Theorie der Eklampsie eine Stütze zu erhalten; hiernach handelt es sich um eine eigenthümliche Erregbarkeitsänderung der psychomotorischen Grosshirnrinde, die sich während der Gestation auf der Basis einer angeborenen psychopathischen Anlage ausbildet.

Lauenstein (Hamburg): Ein Fall von Sanduhrmagen, operativ behandelt nach Wölfler.

Die Diagnose war vorerst auf Stenosirung nach Ulcus gestellt worden; erst bei der Operation wurde der Sanduhrmagen gefunden. Es wurde eine breite Anastomose zwischen den beiden Magentheilen angelegt. Die Beschwerden hörten auf, das Gewicht der Patientin hob sich von 39 auf 57 kg.

Heddaeus (Heidelberg): Ein Fall von acuter Strumitis mit secundärer metastatischer Pneumonie.

Die Strumitis war im Anschluss an eine Punction der cystischen Struma aufgetreten und man hatte wegen der Athemnoth Exisirpation der entzündeten Struma vorgenommen. Zwei Tage später Auftreten einer Pneumonie mit Ausgang in Heilung. Sowohl im Exsudat der Strumitis als auch im Sputum Nachweis der Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcen. Verfasser nimmt an, dass die Pneumonie durch Embolie von der Strumitis aus entstanden sei. Narkose war bei der Kropfexstirpation nicht angewendet worden.

Vulpius (Heidelberg): Zur Heilung des angeborenen Klumpfusses.

Einige Zeit hatte man bei Klumpfuss sehr bedeutende operative Eingriffe vorgenommen; dann kam das von Wolff angegebene forcirte Redressement in Etappen in Aufnahme. Jedoch ist die Methode langwierig und schützt den Fuss nicht vor Decubitus, welcher dann die Fortsetzung der Cur verbietet. Lorenz hat dem gegenüber das modellirende Redressement, welches in einer Sitzung in Narkose ausgeführt wird, angegeben. Vulpius hat dieses Verfahren in vielen Fällen geprüft und es ausgezeichnet gefunden; er gibt einige kurze Krankengeschichten und zahlreiche Abbildungen sowohl zur Illustration des Verfahrens als auch der erzielten Enderfolge. Nach erfolgter Heilung ist das Tragen einer Maschine nicht nothwendig.

Sudeck (Hamburg): Ueber posttyphöse Eiterung in einer Ovarialcyste.

Ob Typhusbacillen eitererregend wirken, ist bis jetzt nicht sicher entschieden; das Plattenverfahren gibt in solchen Fällen keinen ganz sicheren Aufschluss; denn es können die angewendeten

Culturverfahren nicht ausreichend gewesen sein, um die Anwesenheit anderer Mikroben auszuschliessen, es können aber auch die wirklichen Eitererreger zur Zeit der Untersuchung abgestorben sein. Auch in dem Falle von Sudeck waren aus dem Inhalt einer operirten Ovarialcyste Typhusbacillen in Reincultur gezüchtet worden; nichtsdestoweniger nimmt Sudeck an, dass nicht die Typhusbacillen die Eiterung bewirkt hätten, sondern gewöhnliche Eitererreger, da solche in der pyogenen Membran und im Gewebe der Cyste in grosser Menge gefunden wurden. Die Diplococcen des Cysteninhalts dürften durch die später eingewanderten Typhusbacillen überwuchert worden sein.

Laubenburg (Remscheid): Zur Behandlung mit ätzenden Säuren.

Dem Verfasser hat sich bei Angiomen und Geschwüren vielfach eine Aetzung in der Weise bewährt, dass die zu ätzende Stelle zuerst mit Acid. nitr. fumans, dann sofort mit Acid. carbol. pur. liquef. bestrichen wurde. Ry.

S. Wolfe: Der Nährwerth der Somatose. (Med. and Surgic. Reporter, 7. December 1895.)

S. Wolfe in Philadelphia veröffentlicht unter dem Titel «The nutrient value of Somatose» eine überaus lehrreiche Monographie, der wir Nachstehendes entnehmen. Drei Mütter, bei welchen die Milch in der ersten Zeit des Stillens ausblieb, fanden durch den Gebrauch der Somatose die Wiederkehr der Milch. In dem einen Falle trat der Milchmangel, ohne jedes sonstige pathologische Symptom in der dritten Woche nach der Entbindung ein, im zweiten war eine ausgesprochene Anämie und organisches Herzleiden zu constatiren, und das Stillungsgeschäft versagte während der Anwendung von eisenhaltigen und anderen Stärkungsmitteln, zwei Monate nach der Geburt des achten Kindes, im dritten Falle endlich ging dem Sistiren der Milchsecretion ein hartnäckiges Wechselfieber voraus, gegen welches Chinin in grossen Dosen sowie auch Eisen und Strychnin gereicht wurden. Alle diese Fälle wurden durch Somatose geheilt, d. h. die Milchsecretion kehrte wieder. Ebenso glänzend bewährte sich die Somatose in zwei Fällen von Schwindsucht. Bei einem durch Halsabscesse heruntergekommenen kleinen Mädchen wurde durch Somatose vollste Kräftigung und Herstellung erzielt. Eine junge Frau, welche einen syphilitischen Process durchgemacht hatte, bei der die gewöhnlichen Merkmale noch geblieben waren und die an nächtlichen Kopfschmerzen und Neuralgie litt, wurde mit Somatose im Vereine mit den Medicamenten eine ungleich günstigere Wirkung erzielt als ehedem, wo nur dieselben Medicamente ohne Somatose gereicht worden waren. Weiters bewährte sich Somatose in einem Falle von Darmaffection. Der Autor stellt somit diesem Mittel das beste Zeugniss aus, und ist von dem Nährwerth der Somatose vollkommen überzeugt.

Oberarzt K. Köster: Zur Kenntniss des Trionals. (Therapeutische Monatshefte 1896, März.)

Das vor einigen Jahren in die Praxis eingeführte Trional hat sich, wie aus zahlreichen Aufsätzen über dessen Wirkung hervorgeht, als eine schätzenswerthe Bereicherung der Materia medica erwiesen. Meistens stammen die Veröffentlichungen über dasselbe aus psychiatrischen Kliniken; es dürften daher die Erfahrungen des Verfassers, die aus einer inneren Klinik stammen, von Interesse sein. Das Mittel kam bei allen Formen von Schlaflosigkeit zur Anwendung; die gewöhnliche Einzeldosis betrug 1—2 g, kurz vor dem Schlafengehen mit etwas warmer Milch verabreicht. Im Allgemeinen war die Wirkung eine sehr gute. Der Schlaf trat nach kurzer Zeit ein, in 13 Fällen fast unmittelbar nach der Verabreichung; in den meisten anderen binnen ½ bis 1 Stunde. Der Schlaf war gewöhnlich ruhig und tief, und die Patienten fühlten sich erfrischt, vor allen Dingen fehlte in den meisten Fällen die nach dem Gebrauch des Sulfonals so oft vorhandene Schläfrigkeit am folgenden Tage. Sonstige unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Speciell eine Einwirkung auf das Herz scheint nicht stattzufinden. Das Mittel wurde mehrmals bei Patienten mit schweren Herzfehlern und Compensationsstörungen gegeben ohne irgend welchen Schaden, im Gegentheil konnte bei mehreren Patienten nach dem erfrischenden Schlafe ein Heben des Pulses constatirt werden. Der Urin zeigte niemals Veränderungen, Hämatoporphyrin wurde nicht beobachtet, jedoch wurde der Gebrauch des Mittels nie längere Zeit fortgesetzt. Diese günstigen Erfahrungen veranlassten Verfasser einen Versuch mit dem Mittel bei Akoholdeliranten zu machen, bei denen die gewöhnlich vorhandene Herzschwäche es wünschenswerth erscheinen lässt, ein für das Herz unschädliches Schlafmittel in Anwendung bringen zu können; das gewöhnlich angewandte Choralhydrat scheint in dieser Hinsicht nicht ohne alle Gefahr zu sein. Bei diesen Patienten zeigte sich jedoch meistens das Trional unzureichend. Durch grosse Dosen bis zu 3 g konnte gewöhnlich Schlaf hervorgerufen werden, jedoch dauerte derselbe nur kurze Zeit, und eine Verminderung der Delirien war nur selten zu constatiren. Es ist danach unwahrscheinlich, dass das Trional das Chloral in der Therapie der Deliranten wird verdrängen können. Auch heftige Schmerzen contraindiciren den Gebrauch des Trionals; bei Patienten mit solchen war die Wirkung fast immer sehr mittelmässig; entweder schliefen die Patienten überhaupt nicht ein oder der Schlaf war sehr unruhig und von kurzer Dauer. Bei einem anderen Leiden dagegen sah Verfasser in einigen Fällen überraschend günstige Resultate. Bei mehreren Patienten mit schweren asthmatischen Anfällen vermochten 1—2 g Trional diese Anfälle zu coupiren, und die Patienten hatten ruhigen Schlaf. Allerdings war die Wirkung nicht constant in allen Fällen, und auch bei demselben Patienten wirkte das Trional nicht immer, indem bald Gewöhnung einzutreten schien. Alles in Allem geht Verfassers Erfahrung dahin, dass wir in dem Trional ein, bei nicht allzulange fortgesetzter Anwendung, gutes und sicher wirkendes Schlafmittel besitzen.

Romeo Fusari: Beitrag zum Studium des hyalinen Knorpels. (Atti della Accademia di scienze med. e nat. Ferrara 1896, Anno 69, Fasc. II—III.)

Die Frage, ob die Zellen des hyalinen Knorpels Fortsätze besitzen oder nicht, wurde von vielen behandelt, doch nicht in endgiltigem Sinne entschieden. Während in letzter Zeit Fromann und Heitzmann mit voller Sicherheit von Fortsätzen sprechen, behauptet Kölliker, dass solche allerdings bei Cephalopoden, Plagiostomen und gewissen Säugethieren vorkommen, bei anderen jedoch, beispielsweise beim Menschen, nicht. Um zu einer eigenen Ansicht zu gelangen, färbte Verfasser Präparate mit Hämatoxylin und Eosin und sah Fortsätze strahlenförmig vom Zellkörper ausgehen und die Kapsel durchbohren. Allerdings konnte man noch an Canälchen denken. Zur Entscheidung dieser Frage griff Verfasser zu metallischen Färbemitteln. Er entnahm die Objecte dem Ellbogengelenke, den Condylen des Femurs, der Kniescheibe, den Rippen eines achtmonatlichen menschlichen Fötus, der Epiphyse des Humerus eines Kalbes, dem Sternum eines neugeborenen Kaninchens, dem Proc. xyphoides eines erwachsenen Frosches. Die mit Mikrotom angefertigten Schnitte wurden in 1% Silberlösung gelegt und 24 Stunden darin belassen, dann in destillirtem Wasser gewaschen, getrocknet, in Balsam eingeschlossen und dem Sonnenlichte ausgesetzt. Durch diese Procedur wurde die Grenze der Zelle sichtbar, die entweder rund oder eiförmig, in die Länge gezogen oder sternförmig erschien. Vom Zellkörper ging nun eine grosse Menge sehr zarter, wie Protoplasma fein gekörnter Fäden aus, die sich mitunter theilten und ausserhalb der Zellmembran endigten. Durch diese Befunde gelangt Verfasser zum Schlusse, dass, wie die Elemente der ganzen Reihe der Bindesubstanzen, auch die Knorpelzellen zahlreiche Fortsätze und Ausläufer besitzen, welche den Contact zwischen Zelle und Grundsubstanz vielfältig und innig gestalten und wahrscheinlich den Zweck haben, die Ernährung des Gewebes zu erleichtern. S.

J. Tansini: Neuer Vorgang zur Amputation der Mamma wegen Carcinom. (Rif. med., 5. April 1896.)

Die carcinomatöse Infiltration strahlt von der Mamma zunächst nach den Lymphdrüsen der Achselhöhlen, dann zu denen der Fossa infra- und supraclavicularis aus und greift erst in zweiter Linie auf die Cutis und auf den Musculus pectoralis über. Während man

nun nach Abtragung der erkrankten Brustdrüse zur Ausräumung der Achselhöhle schritt und dann zur Entfernung des grossen Brustmuskels (Meyer, New-York), beachtete Niemand die Häufigkeit der Recidiven in der Haut. Diese treten, wie bekannt, in Form von Knötchen von Erbsen- bis Kirschengrösse auf, welche ihren Ursprung den Lymphgefässen der Haut verdanken, die bereits zur Zeit der Operation Keime enthalten. Mit Rücksicht auf den schon bedeutenden Eingriff, den die Ausräumung der Achselhöhle darstellt, auf den noch bedeutenderen der Entfernung der Lymphdrüsen des Halses, dann der Entfernung des Brustmuskels hält Verfasser seine Operation, die die Recidiven in der Haut zu verhüten trachtet, für berechtigt. Er führt einen fast kreisrunden Schnitt um die ganze erkrankte Mamma, der jedoch nicht in sich abschliesst, um sich dann als einzige Schnittlinie gegen die Achselhöhle fortzusetzen, sondern auf den Arm zieht, so dass auch eine etwa 4 cm breite Zone zwischen Mamma und Axilla entfernt wird. Hierauf wird die Achselhöhle ausgeräumt, der Musculus pectoralis, wenn nothwendig, mitentfernt, eventuell auch die Ober- und Unterschlüsselbeindrüsen entfernt. Dann wird am Rücken ein Lappen lospräparirt, dessen Stiel bis zum äussersten Ende des Achselhöhlenschnittes reicht, und welcher die Länge und Breite zum Bedecken des Defectes besitzt. Derselbe wird genäht und der Defect am Rücken durch Annähen der losgelösten Haut, eventuell nach Ausführung zweier Entspannungsschnitte, behoben oder verkleinert. Der Rückenlappen wird schräge genommen, nicht senkrecht, weil die Haut dadurch leichter den nöthigen Grad von Beweglichkeit erhält. S.

J. Tansini: Eine neue explorative Operation. (Rif. Med., 7. April 1896.)

In einem Falle, wo zur Entfernung einer erkrankten Niere geschritten werden sollte, stellte sich Verdacht auf Einseitigkeit dieses Organes ein. Tansini legte nun durch Lumbarschnitt die andere Niere blos, wobei er sich nicht damit begnügte, deren Existenz durch die Fettkapsel hindurch festzustellen, sondern er eröffnete auch die Kapsel, um die Intactheit der Niere sicherzustellen, beziehungsweise das Fehlen von Atrophie und jedweder Veränderung. Das Organ wurde gesund gefunden und die Wunde genäht, wobei Nierenkapsel, Muskulatur und Haut getrennt vereinigt wurden. Sofort wurde sodann zur Exstirpation der kranken Niere geschritten. Die Kranke genas ohne den geringsten Zwischenfall. Bei der oft unüberwindlichen Schwierigkeit, die Existenz und den Zustand der zurückbleibenden Niere festzustellen, erscheint dieser explorative Eingriff sehr berechtigt S.

C. Bozzolo: Thrombose der Herzohren am Lebenden diagnosticirt. (Settimana medica, 15. Februar 1896.)

Der beschriebene Fall betrifft eine 43jährige Patientin, die im Mai 1895 von apoplektischem Ictus getroffen, kurz darauf mit Oedemen, Dyspnoe, Hämoptoe, Oligurie und umschriebener Gangrän am linken Beine auf die Klinik nach Turin gebracht wurde. Objectiv hörte man noch ein systolisches, zeitweilig auch die Präsystole einnehmendes Geräusch an der Herzspitze und eine Spaltung des II. Tones. Sonst überall die Töne dumpf; Puls klein, frequent. Diffuse trockene Bronchitis; Leber und Milz vergrössert, Oligurie, Harn stark eiweisshältig. Es handelte sich offenbar um Mitralstenose mit Embolienbildung. Nachdem jedoch der afebrile Verlauf eine acute Endocarditis ausschloss, konnte man nur an Thrombosenbildung im Herzen denken. Bozzolo unterscheidet je nach dem Alter derselben sogenannte wahre und falsche Herzpolypen. Die wahren können klein, gestielt oder frei sein und gehören am häufigsten dem Herzohre an. Im rechten Herzen kommen sie häufiger als im linken vor und scheint für letztere eine Stenose des Ostium auriculare nothwendig zu sein. Die Diagnose im Leben stützt sich nach Ziemssen: 1. auf die Feststellung der Stenosis auricularis, 2. auf die hochgradige Dyspnoe und den kleinen Puls, 3. auf die Gangrän der Extremitäten infolge von Embolien im grossen Kreislaufe. Diesen Zeichen fügt Bozzolo noch das Missverhältniss zwischen Herz- und Lungensymptomen, die Zeichen einer malignen acuten Endocarditis ohne Fieber und mit Gangrän an den Extremitäten hinzu, welch' letztere, wie bekannt, bei acuter Endocarditis höchst selten auftritt. Bei dieser treten dagegen häufiger Hautembolien ein. Bei dem oben erwähnten Krankheitsbilde, dem Fehlen jedweder Fieberbewegung und der Gangrän am linken Beine, hielt Bozzolo die Diagnose auf Thrombose beider Herzohren für berechtigt. Bald darauf stellte die Obduction die Gegenwart alter gestielter Thromben im rechten Herzohre fest, im linken fanden sich mehrere kleine, von denen einer sanduhrförmig das Ostium auriculare verengte. S.

A. Lannois: Ueber die angebliche antithermische Wirkung von Sparteïnpinselungen. (Lyon Medical, 19. Jänner 1896.)

Guinard und Geley haben der cutanen Application von Sparteïn unter verschiedenen anderen therapeutischen Eigenschaften insbesondere die der thermoregulatorischen Wirksamkeit zugeschrieben. Lannois ist nun in gemeinschaftlich mit Boitel angestellten Nachversuchen zu ganz contradictorischen Resultaten gekommen. Die Versuche waren rein klinische und wurden fast ausschliesslich an Tuberculösen ausgeführt. Die Technik der Pinselungen richtete sich streng nach Geley's Vorschriften. Application des Sparteïns in den Vormittagsstunden zeigte in einer Reihe von Fällen absolut keinen Einfluss auf die Temperaturcurve. Geley selbst gibt übrigens an, dass die Pinselungen nicht zu einer Zeit, wo die Temperatur im Wachsen begriffen ist, gemacht werden dürfen, und hält 6 Uhr Abends für den günstigsten Zeitpunkt. Lannois findet nun bei tuberculösen Spitalskranken das Temperaturmaximum vor 6 Uhr; in den eigentlichen Abendstunden folgt ein Abfall. Notirt man nicht durch eine gewisse Zeit lang stündlich die Temperatur, sondern nur an den Tagen der Sparteïnanwendung, so kann leicht der Trugschluss gemacht werden, dass der Temperaturabfall Sparteïnwirkung sei, indess er, wie Lannois' sich bei seinen Kranken überzeugen konnte, ein ganz normales und reguläres Phänomen ist. Lannois' Beobachtungen zufolge hat die cutane Application von Sparteïn gar keine antithermische Wirkung. Die angestellten Versuche legen neuerdings die Wahrscheinlichkeit nahe, dass es sich auch bei der (sichergestellten) antithermischen Wirkung cutaner Guajacolapplicationen nur um Resorptions- und nicht, wie behauptet wurde, um «Reflexwirkungen» handelt. Das Guajacol dürfte eben von der Haut ebenso wie von anderen Applicationsstellen resorbirt werden. Lannois und Linossier haben für das Methylsalicyl das Bestehen einer solchen Resorption von der Haut aus erst kürzlich nachweisen können. V.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Kaiserliches Handschreiben und Auszeichnungen. Wie amtlich verlautbart wird, hat der Kaiser nachstehendes Handschreiben erlassen:

Lieber Freiherr v. Widerhofer! Die lange andauernde Krankheit Meines verewigten Bruders Erzherzogs Karl Ludwig hat Ihnen Gelegenheit gegeben, Ihre Mir und Meiner Familie in so vielen Fällen bewiesene Hingebung und Opferwilligkeit aufs neue in hervorragender Weise zu bethätigen. Es ist Mir ein Herzensbedürfniss, Ihnen für den Meinem nun in Gott ruhenden geliebten Bruder so hingebungsvoll geleisteten ärztlichen Beistand, zugleich auch im Namen Meiner Frau Schwägerin Erzherzogin Maria Theresia und der erzherzoglichen Familie, Meine volle Anerkennung und Meinen wärmsten Dank auszusprechen, und baue Ich darauf, dass Sie auch künftighin Mir und Meiner Familie als tröstender und helfender Arzt wie bisher treu zur Seite stehen werden.

Lainz, am 30. Mai 1896. Franz Joseph m. p.

Ferner hat der Kaiser mittelst Handschreiben vom 30. Mai dieses Jahres dem ordentlichen Professor an der Universität in Wien, Dr. Edmund Neusser, welcher bekanntlich gleichfalls an das Krankenlager des Erzherzogs Karl Ludwig berufen worden war, taxfrei den Titel eines Hofrathes verliehen.

— Den Professoren an der deutschen Universität in Prag Dr. K. H. Huppert und Dr. Phil. Knoll wurde der Titel eines Hofrathes verliehen.

— Wien. Die mit dem Titel ausserordentlicher Professoren bekleideten Privatdocenten Dr. Gustav Lott und Dr. Franz Mracek wurden zu ausserordentlichen Professoren an der Universität in Wien ernannt.

* Eine vierte medicinische Klinik. Wie berichtet wird, ist im Unterrichtsministerium die Frage der Errichtung einer IV. medicinischen Klinik in Wien in Erwägung gezogen und ist das Professorencollegium zur Aeusserung über diese Angelegenheit aufgefordert worden. — Die Sache ist ja an sich sehr erfreulich, denn sie beweist, dass die Wiener medicinische Facultät schon alles hat, nur die IV. medicinische Klinik fehlt noch. An den chirurgischen Kliniken herrscht keine Ueberfüllung, alle Institute sind glänzend ausgestattet, Geld für Unterrichtszwecke ist in Fülle vorhanden, weshalb sollte also nicht ein kleiner Ueberfluss gewünscht und erreicht worden? Aber Scherz bei Seite! Aus welchem Grunde sollte die neue Klinik errichtet werden? Da die Frequenz stetig abnimmt, da die Ausgestaltung der bestehenden Kliniken noch immer so im Argen liegt, dass zum grössten Theil hieran die Berufung ausländischer Kliniker scheitert, so wäre höchstens anzunehmen, dass ein so hervorragender, glänzender Kliniker existirt, welcher in Wien zu lehren selbst unter misslichen Umständen geneigt wäre, dass man für diesen das grosse Opfer an Geld und an besserer Einsicht, die Errichtung einer IV. medicinischen Klinik, bringen würde. Wo ist dieses in der Stille gebildete Talent, wo dieser kryptogenetisch entstandene Kliniker? So weit wir auch blicken, wir vermögen ihn nicht zu entdecken. Die ausländischen Grössen kommen ja aus den sattsam bekannten Gründen nicht in Frage, dann müsste sich also der neue vierte Kliniker im Inlande finden. Unsere Wiener Extraordinarien und Privatdocenten in allen Ehren; es sind fast durchwegs fleissige, begabte und tüchtige Männer; aber ragt einer von denselben so über alle anderen empor, sind die Leistungen eines derselben so phänomenale, dass man sich desselben für Wien versichern müsste? Das glaubt wohl keiner der Herren selbst. Und an den anderen österreichischen Universitäten? Es versehen das Lehramt der inneren Medicin auch dort überall tüchtige, arbeitsfreudige und -fähige Leute, welche ihre Stelle vortrefflich ausfüllen und welche zweifellos auch an grösseren Universitäten am Platze wären. Aber ihr Wirkungskreis ist gross genug, wenigstens was die Sache betrifft. Es mag ja sein, dass deren Sehnen und Streben höher geht; und dieses wird ja auch mit der Zeit und mit der Nothwendigkeit der weiteren Ausgestaltung der Wiener Facultät befriedigt werden. Heute ist weder die Zeit noch der Bedarf vorhanden und für den Glanz der Wiener Schule sind sie vorläufig noch nicht unumgänglich nöthig. Nur zur Befriedigung der Grossmannsgelüste eines Einzelnen, sei er nun in Wien, Prag oder Graz, kann die Wiener medicinische Facultät doch nicht umgewandelt werden und die Unterrichtsverwaltung wird wohl daran thun, als erstes Ziel die Vervollkommnung und Dotirung der bestehenden Institute im Auge zu behalten, ehe sie daran geht, neue Kliniken, die nur ein Bedürfniss für den zu ernennenden Professor sind, zu creiren.

* Meisterkrankenkassen. — Ueber Anregung der deutschen Section der Aerztekammern für Böhmen hat sich die Wiener Aerztekammer letzthin mit einem Petitionsentwurfe an das hohe Haus der Abgeordneten beschäftigt. Die Kammer bittet, den § 115 a der Regierungsvorlage: «Gesetz, betreffend die Abänderung und Ergänzung der Gewerbeordnung» — dahin abzuändern, dass von der geplanten Errichtung der Meisterkrankenkassen Abstand genommen werde. In dem dieser Petition beigegebenen Motivenberichte an die Kammermitglieder wird eingangs berichtet, dass bei der im December des Jahres 1895 zu Wien stattgehabten Enquête in Betreff einer Reform des Unfallversicherungsgesetzes zum ersten Male der Wunsch nach einer obligatorischen Krankenversicherung der Gewerbetreibenden rege wurde. «Schneller als den bescheidenen Wünschen der Aerzte wurde dem damals gestellten Verlangen Rechnung getragen», da der § 115 a der dem Abgeordnetenhause zur Berathung übergebenen Gesetzesvorlage auch bestimmt, dass von der Genossenschaftsversammlung die Errichtung von Meisterkrankenkassen mit einer Majorität von drei Viertel der anwesenden Mitglieder beschlossen werden könne. Die Genossenschaft kann auch beschliessen, dass der Meisterunterstützungs- und -Krankenkasse, welche sie für ihre Mitglieder selbst errichtet, alle Mitglieder der Genossenschaft anzugehören haben. Einzelbefreiungen sind zulässig, hingegen kann auch bestimmt werden, dass Gewerbetreibende, welche ihr Gewerbe zurückgelegt haben, Mitglieder der Kassen bleiben dürfen. Das Krankenkassengesetz vom 30. März 1888, ursprünglich nur für Arbeiter bestimmt, sodann auch auf besser gestellte Beamte etc. gesetzlich ausgedehnt, soll also jetzt auch den Arbeitgebern, auch bemittelten Personen, wenn es die Genossenschaft will, zugewendet werden! Warum nicht auch den Kaufleuten und anderen Berufszweigen? Das muss denn doch zur Verstaatlichung des ärztlichen Berufes führen, da ja durch solche Einrichtungen dem ärztlichen Stande das ganze Erwerbsgebiet allmälig entzogen wird. So eine Genossenschaftsversammlung ist erfahrungsgemäss schwach besucht; wie leicht ist da eine Dreiviertelmajorität zu erzielen! Wer soll ferner von der Versicherungspflicht befreit werden? Eben die armen, zahlungsunfähigen Meister, die eine solche Kasse nöthig hätten, oder die reichen Meister, die im Erkrankungsfalle ohnehin durch ihre Mittel vor Noth geschützt sind? Im ersten Falle wird der Zweck des Gesetzes illusorisch, im zweiten Falle müssten die Beiträge für die älteren, beziehungsweise dürftigen Meister verhältnissmässig hoch gehalten werden und könnten derlei Kassen in der Regel nicht prosperiren, was die Regierung selbst zugesteht. Ueberdies lehrt die Erfahrung, dass die den Zwangskassen angehörigen wohlhabenden Mitglieder in Bezug auf ärztliche Behandlung und Medicamente an die Kasse horrende Ansprüche stellen, in jeder Beziehung, auch auf die Dauer der Reconvalescenz (Krankenunterstützung). In diesen Kreisen gilt keineswegs das Noblesse oblige. Und gar, wenn sie alt und reich geworden sind, und deshalb ihr Gewerbe niederlegen, dann sollen sie auch Kassenmitglieder bleiben können — wahrlich, die Petition sagt mit Recht, dass es unter den selbstständigen Genossenschaftsangehörigen viele gibt, welche bezüglich ihres Einkommens die beschäftigtesten und angesehensten Aerzte weit überragen und dass die Mehrzahl der Meister bei all' ihrem Jammer sich materiell besser befindet, als die Mehrzahl der Aerzte, an deren Lebensführung zugleich höhere Ansprüche gestellt werden. Also die Aerzte wollen überhaupt keine Meisterkrankenkassen. — Und nun, zum Schlusse des Motivenberichtes, werden uns höchst interessante Enthüllungen gemacht. Im Comité, welches diesen neuen Angriff auf die wirthschaftlichen und Erwerbsverhältnisse der Aerzte abwehren sollte, gab es eine Minorität, welche der Ansicht war, dass man gegen das projectirte Gesetz nicht petitioniren solle. «Sie war deshalb dieser Ansicht, weil die meisten von der Kammer auf dem Petitionswege vorgebrachten Wünsche der Aerzte unberücksichtigt und unerfüllt geblieben sind; sie war auch der Meinung, dass bei der heutigen Constellation des Parlamentes jede Regierungsvorlage als angenommen zu betrachten und daher jede Petition, welche sich gegen diese richtet, von vorneherein aussichtslos ist. Da der von der Minorität geltend gemachte Standpunkt, dass das einzige Mittel gegen die Meisterkrankenkassen nur die auf innigster Solidarität beruhende und herzustellende Selbsthilfe der Aerzte sei, wohl anerkannt, aber als undurchführbar (leider!) erklärt wurde», so beschloss die Majorität des Comités eine Petition, welche sich in den wesentlichsten Punkten der von der deutschen Section der böhmischen Aerztekammern ausgearbeiteten anschliesst, zur Annahme zu empfehlen. Wie bald reift doch bei zahlreichen Aerztekammermitgliedern die Erkenntniss, dass auch die officielle Vertretung des ärztlichen Standes, der man, als sie noch im Werden war, einen mächtigen und heilsamen Einfluss auf die Gestaltung unserer materiellen und socialen Stellung vindiciren zu können glaubte, sich selbst da völlig ohnmächtig erweist, wo sie mit vollkommen berechtigten Forderungen an die Pforten der gesetzgebenden Körperschaften pocht. Nicht einmal einem öffentlichen Scandale vermochte sie fast seit drei Jahren ihres Bestandes Einhalt zu thun, indem eine ganze Anzahl von Aerzten noch immer, trotz aller Strafandrohungen, in ekelerregender Weise sich und ihre Collegen tagtäglich in den Inseratenspalten der politischen Zeitungen prostituirt. Selbst da lässt sie die vorgesetzte Behörde vorderhand noch im Stiche! Wäre es da nicht angezeigter, wenn die Aerztekammer schon etwas weniger unterthänig, dafür etwas rücksichtsloser auftreten würde?! Auch diese Erkenntniss scheint in den Kreisen der Aerztekammermitglieder durchzudringen, da der Präsident der Wiener Aerztekammer sich letzthin — wenn wir richtig informirt sind — vom Plenum die Erlaubniss erbat, hinsichtlich der

Reclame-Petition eine Urgenz dem Präsidium der n.-ö. Statthalterei unterbreiten zu dürfen, da seine zahlreichen persönlichen Urgenzen beim Vorstande des Sanitätsbureau's bisher sich als erfolglos erwiesen haben. Wir dächten, es sei für die Aerztekammer Zeit, den Lehrsatz Seneca's umzumodeln und zu sagen: Nulla re magis peccatur quam clementia.

* K. k. Gesellschaft der Aerzte. Die Sitzung vom 22. v. M. wurde nach einer Trauerkundgebung anlässlich des Hinscheidens Seiner kais. Hoheit des Erzherzogs Karl Ludwig geschlossen.

* Verhandlungen des k. k. Obersten Sanitätsrathes. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes am 30. Mai d. J., in welcher O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Vogl in Vertretung des Präsidenten den Vorsitz führte, brachte derselbe zunächst zahlreiche geschäftliche Einläufe zur Kenntniss, darunter eine von Sr. Excellenz dem Herrn Ministerpräsidenten als Leiter des Ministeriums des Innern getroffene Verfügung, nach welcher O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig als Delegirter der österreichischen Regierung zu dem Anfang September stattfindenden balneologischen Congresse in Clermont-Ferrand in Frankreich entsendet wird, ferner mehrere dringliche Verfügungen, welche das Ministerium des Innern aus Anlass der Gefahr der Einschleppung der Cholera in das Küstenland getroffen hat. Hierauf gelangten nachstehende Gegenstände zur Verhandlung. 1. Erstattung einer gutächtlichen Aeusserung, betreffend die Besetzung der Stelle eines Veterinärinspectors. 2. Begutachtung der Zulässigkeit der Einführung des Dampfbetriebes in einer Brauhausanlage in Böhmen. 3. Gutächtliche Aeusserung über die sanitäre Statthaftigkeit der Einrichtung einer Fabriksanlage für Spänglerwaaren im Gartenraume einer geschlossenen Häusergruppe. 4. Beurtheilung der Zweckmässigkeit von Bauplänen zur Erbauung ärarischer Arbeiterhäuser bei einer k. k. Tabakfabrik. Hierauf schloss sich die Demonstration und Erläuterung der Baupläne mehrerer in neuerer Zeit zweckmässig errichteter kleiner Krankenhäuser an, und beschloss der Oberste Sanitätsrath zum Zwecke der Förderung einer zweckmässigen Bauweise bei Errichtung kleinerer Krankenhäuser einige Typen empfehlenswerther Planskizzen sammt Erläuterungen als Beilage in seinem Organe «Das österreichische Sanitätswesen» zu publiciren. Schliesslich wurde über Anregung des O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ludwig Namens des scientifischen Comités für die Vorarbeiten zur Durchführung des Nahrungsmittelgesetzes beschlossen, an das Ministerium des Innern die Bitte zu richten, dass den Fachmännern des Comités zum Zwecke der dringend nothwendigen Lösung zahlreicher wissenschaftlicher Aufgaben Hilfskräfte und die materiellen Mittel zur Verfügung gestellt werden.

* Privatdocent Dr. Julius Schnitzler, Vorstand der chirurgischen Abtheilung im k. k. Kaiser Franz Josef-Spital, ordinirt von nun ab I., Lobkowitzplatz Nr. 1, von 3–4 Uhr.

Aerztliche Gesellschaften.

Wiener medicinischer Club. Mittwoch, den 10. Juni 1896, um 7 Uhr Abends, im Schrötter'schen Hörsaale: 1. Demonstrationen. 2. Dr. Carl Kunn: Ueber Fixation mit dem gelähmten Auge. 3. Docent Dr. Josef Pollak: Bericht über einen Fall von Perichondritis serosa. 4. Docent Dr. Max Herz: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von chronischen Haut- und Gelenkserkrankungen. (Vorsitzender: Herr Prof. Kassowitz.) — Die nächste Sitzung findet im October statt

Wiener laryngologische Gesellschaft. Donnerstag, den 11. Juni 1896, Abends 7 Uhr, im Hörsaale der laryngologischen Klinik unter dem Vorsitze des Herrn Prof. Stoerk: 1. Prof. Stoerk: Demonstration eines Oesophagoskops. 2. Dr. L. Ebstein: Demonstrationen.

Oesterreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege. Wien, I., Börsegasse 1 (Bureau der Aerztekammer). Mittwoch, den 10. Juni 1896, Excursion zu den Arbeiten an der Wienthalwasserleitung bei Tullnerbach.

Curse.

Assist. Dr. Fuchs: Theoretische Physiologie. Beginn: 3 Juni. Dauer: 4—6 Wochen. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Im grossen Hörsaal im physiologischen Institut, IX., Schwarzspanierstrasse 17.

Doc. Dr. Elschnig: Augenoperationscurs Beginn: 8. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Klinik Schnabel. Stunde nach Uebereinkommen

Assist. Dr. Wintersteiner: Repetitorium aus der Augenheilkunde. Beginn: 8. Juni Dauer: 25 Stunden. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Klinik Schnabel. Von 2—3 Uhr Nachmittags.

Assist. Dr. Wintersteiner: Ophthalmoskopie. Beginn: 8. Juni Dauer: 25 Stunden. Honorar: Doctoren 25 fl., Studenten 15 fl. Klinik. Schnabel. Von 5—6 Uhr Nachmittags.

Assist. Dr Kaufmann: Ohrenheilkunde. Beginn: 8. Juni. Dauer: 25 Stunden. Honorar: Doctoren 20 fl., Studenten 5stündiges Collegiengeld. Zimmer Nr. 14a Von 5—6 Uhr Nachmittags.

Doc. Dr. Büdinger: Operationscurs mit Uebungen an der Leiche. Beginn: 16. Juni Dauer: 4 Wochen. Honorar: 25 fl. Pathologisches Institut, Operationslocal Gussenbauer. Dienstag, Donnerstag und Samstag von 4—6 Uhr Nachmittags.

Aerztliche Stellen.

Districtsarztesstellen (Steiermark) für die Sanitätsdistricte: 1 Umgebung Pettau, bestehend aus den Gemeinden Podvinzen, Stadtberg, Karčovina. Rogosnitz, Werstje, Pichldorf, Rann, Haidin, Windischdorf, St. Johann und Wurmberg mit 100 Qu.-Kilom. und 5963 Einwohnern. Subvention aus dem Landesfonde und vom Bezirksausschusse je 100 fl., von den Gemeinden 300 fl. Zusammen 500 fl. — 2. St. Urban, bestehend aus den Gemeinden: St. Urban, Jantschendorf, Juvanzen, Hirschendorf, Destinzen, Wintersdorf, Lačedorf, Tristeldorf, Wischberg, Ternovetzberg, Ternovetzdorf, Dolitschen, Kitzerberg, mit 53 Qu.-Kilom. und 4682 Einwohnern. Subvention aus dem Landesfonde 150 fl., vom Bezirksausschusse 350 fl., von den Gemeinden 150 fl., zusammen 650 fl. — 3. St. Margarethen, bestehend aus den Gemeinden: St. Margarethen, Moschganzen, Formin, Gajofzen, Kleindorf, Meretinzen, Puchdorf, St. Marxen, Sabofzen, Morovetz, Pervenzen, Mesgovetz, Polanzen, Steindorf, Samuschen, mit 71 Qu.-Kilom. und 6242 Einwohnern. Subvention aus dem Landesfonde 100 fl., vom Bezirksausschusse 120 fl., von den Gemeinden 177 fl. 50 kr., zusammen 397 fl., 50 kr. Den Districtsärzten obliegt auch die unentgeltliche Behandlung der Armen des Districtes, wogegen die verabfolgten Medicamente separat vergütet werden. Die Gesuche sind längstens bis 10. Juli 1896 an den betreffenden Districtsausschuss einzusenden und in denselben die österreichische Staatsbürgerschaft, die Praxisberechtigung, die römisch-katholische Religion, die bisherige Verwendung, die physische Eignung und Kenntniss der deutschen und slovenischen Sprache nachzuweisen. Die Ernennung erfolgt über Antrag des Districtsausschusses durch den steiermärkischen Landesausschuss.

Districtsarztesstelle in Buczkowice, Bezirk Biala (Galizien), mit 16 Gemeinden und 12.718 Einwohnern. Gehalt 500 fl., Reisepauschale 400 fl. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Entsprechend adjustirte Gesuche sind bis längstens 20. Juni l. J. an den Bezirksausschuss in Biala zu richten.

Gemeindearztesstellen (Oberösterreich) in nachbenannten Sanitätsgemeinden: 1. Schlierbach (politischer Bezirk Kirchdorf), mit den Gemeinden Schlierbach, Nussbach, Ober-Schlierbach und Inzersdorf mit Ausnahme von Magdalenaberg, mit 4684 Einwohnern. Jahresbezug von den Gemeinden 600 fl., Landessubvention 300 fl. — 2. St. Veit (polit. Bezirk Rohrbach) mit den Gemeinden St. Veit und St. Johann mit 2222 Einwohnern Jahresbezug von den Gemeinden 320 fl., Landessubvention 300 fl. — 3. Schardenberg (polit. Bezirk Schärding) mit den Gemeinden Schardenberg, Freiberg und Wernstein mit 3819 Einwohnern. Jahresbezug 370 fl — 4. Niederneukirchen (polit. Bezirk Linz) mit den Gemeinden Niederneukirchen und Hofkirchen mit 2050 Einwohnern. Jahresbezug 250 fl. bei lohnender Privatpraxis, da viele angrenzende Ortschaften von der nächsten ärztlichen Niederlassung weit entfernt sind. — 5. Ried (polit. Bezirk Perg) mit der Gemeinde Ried und Theilen von Altnist mit 3045 Einwohnern. Jahresbezug 240 fl. — 6. Enzenkirchen (polit Bezirk Schärding) mit den Gemeinden Enzenkirchen und Willibald mit 2298 Einwohnern. Jahresbezug 225 fl. — 7. St. Pantaleon (polit. Bezirk Braunau) mit den Gemeinden Pantaleon, Haigermoos und Franking mit 1813 Einwohnern. Jahresbezug 300 fl. Bewerber um eine dieser Stellen wollen ihre mit dem Nachweise über die ärztliche Befähigung und die bisherige praktische Verwendung, sowie mit den Nachweisen über Alter und Confession versehenen Gesuche bis längstens 30. Juni 1896 an den oberösterreichischen Landesausschuss in Linz einsenden. Derselbe wird die eingelangten Gesuche den betreffenden Sanitätsgemeinde-Vertretungen zur Beschlussfassung übermitteln. In jenen Sanitätsgemeinden, in welchen die Gemeindeärzte Landessubvention beziehen, obliegt die Ernennung des Gemeindearztes dem Landesausschusse.

Gemeindearztesstelle in Pucisce, politischer Bezirk Spalato (Dalmatien), Jahresgehalt 840 fl. für die Behandlung der Gemeindearmen und Versehung des Sanitätsdienstes. Für Visiten im Gemeindeumkreise besondere Gebühren. Gesuche mit dem Nachweise des Doctorats der gesammten Heilkunde, der österreichischen Staatsbürgerschaft, sowie der Kenntniss der kroatischen Sprache sind bis längstens 10. Juni 1896 an die Gemeindeverwaltung von Pucisce zu richten.

Districtsarztesstelle in Ottynia, Bezirk Tlumacz (Galizien), für 8 Gemeinden mit 11.513 Einwohnern. Gehalt 500 fl., Reisepauschale 200 fl. Entsprechend adjustirte Gesuche sind beim Bezirksausschusse in Tlumacz längstens bis zum 10. Juni 1896 einzubringen.

Verantwortlicher Redacteur: **Adolf Bauer.** Verlag von **Alfred Hölder** in Wien. Druck von **M. Engel & Söhne** in Wien.

WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter Mitwirkung der Professoren

Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crecq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), Docent **Heymann** (Berlin), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Thiry** (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die „**Wiener klinische Rundschau**“ erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 bis 2½ Bogen. — **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Frcs., halbjährig 12 Frcs. 50 Ctms. — **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. — Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen (Manuscripte, Briefe, Drucksachen), sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien**, I., Rudolfsplatz 12, zu richten.

X. Jahrgang. — Wien, 14. Juni 1896. — Nr. 24.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Zur Aetiologie der Hysterie.

Von

Dr. Sigm. Freud.

(Fortsetzung.*)

II.

Sie errathen es wohl, meine Herren, dass ich jenen letzten Gedankengang nicht so weit ausgesponnen hätte, wenn ich Sie nicht darauf vorbereiten wollte, dass er allein es ist, der uns nach so vielen Verzögerungen zum Ziele führen wird. Wir stehen nämlich wirklich am Ende unserer langwierigen und beschwerlichen analytischen Arbeit und finden hier alle bisher festgehaltenen Ansprüche und Erwartungen erfüllt. Wenn wir die Ausdauer haben, mit der Analyse bis in die frühe Kindheit vorzudringen, so weit zurück nur das Erinnerungsvermögen eines Menschen reichen kann, so veranlassen wir in allen Fällen den Kranken zur Reproduction von Erlebnissen, die infolge ihrer Besonderheiten sowie ihrer Beziehungen zu den späteren Krankheitssymptomen als die gesuchte Aetiologie der Neurose betrachtet werden müssen. Diese *infantilen* Erlebnisse sind wiederum *sexuellen* Inhalts, aber weit gleichförmigerer Art, als die letztgefundenen Pubertätsscenen; es handelt sich bei ihnen nicht mehr um die Erweckung des sexuellen Themas durch einen beliebigen Sinneseindruck, sondern um sexuelle Erfahrungen am eigenen Leib, um *geschlechtlichen* Verkehr (im weiteren Sinne). Sie gestehen mir zu, dass die *Bedeutsamkeit* solcher Scenen keiner weiteren Begründung bedarf; fügen Sie nun noch hinzu, dass Sie in den Details derselben jedesmal die *determinirenden* Momente auffinden können, die Sie etwa in den anderen, später erfolgten und früher reproducirten, Scenen noch vermisst hätten.

Ich stelle also die Behauptung auf, zu Grunde jedes Falles von Hysterie befinden sich — durch die analytische Arbeit reproducirbar, trotz des Decennien umfassenden Zeitintervalles, — *ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung*, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput Nili* der Neuropathologie, aber ich weiss kaum wo anzuknüpfen, um die Erörterung dieser Verhältnisse fortzuführen. Soll ich mein aus den Analysen gewonnenes thatsächliches Material vor Ihnen ausbreiten, oder soll ich nicht lieber vorerst der Masse von Einwänden und Zweifeln zu begegnen suchen, die jetzt von Ihrer Aufmerksamkeit Besitz ergriffen haben, wie ich wohl mit Recht vermuthen darf? Ich wähle das letztere; vielleicht können wir dann umso ruhiger beim Thatsächlichen verweilen:

a) Wer der psychologischen Auffassung der Hysterie überhaupt feindlich entgegensteht, die Hoffnung nicht aufgeben möchte, dass es einst gelingen wird, ihre Symptome auf «feinere anatomische Veränderungen» zurückzuführen, und die Einsicht abgewiesen hat, dass die materiellen Grundlagen der hysterischen Veränderungen nicht anders als gleichartig sein können mit jenen unserer normalen Seelenvorgänge, der wird selbstverständlich für die Ergebnisse unserer Analysen kein Vertrauen übrig haben; die principielle Verschiedenheit seiner Voraussetzungen von den unserigen entbindet uns aber auch der Verpflichtung, ihn in einer Einzelfrage zu überzeugen.

Aber auch ein Anderer, der sich minder abweisend gegen die psychologischen Theorien der Hysterie verhält, wird angesichts unserer analytischen Ergebnisse die Frage aufzuwerfen versucht sein, welche Sicherheit die Anwendung der Psychoanalyse mit sich bringt, ob es denn nicht sehr wohl möglich sei, dass entweder der Arzt solche Scenen als angebliche Erinnerung dem gefälligen Kranken aufdrängt, oder dass der Kranke ihm absichtliche Erfindungen und freie Phantasien vorträgt, die jener für echt annimmt. Nun, ich habe

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 22 und 23.

darauf zu erwiedern, die allgemeinen Bedenken gegen die Verlässlichkeit der psycho-analytischen Methode können erst gewürdigt und beseitigt werden, wenn eine vollständige Darstellung ihrer Technik und ihrer Resultate vorliegen wird; die Bedenken gegen die Echtheit der infantilen Sexualscenen aber kann man bereits heute durch mehr als ein Argument entkräften. Zunächst ist das Benehmen der Kranken, während sie diese infantilen Erlebnisse reproduciren, nach allen Richtungen hin unvereinbar mit der Annahme, die Scenen seien etwas anderes als peinlich empfundene und höchst ungern erinnerte Realität. Die Kranken wissen vor Anwendung der Analyse nichts von diesen Scenen, sie pflegen sich zu empören, wenn man ihnen etwa das Auftauchen derselben ankündigt; sie können nur durch den stärksten Zwang der Behandlung bewogen werden, sich in deren Reproduction einzulassen, sie leiden unter den heftigsten Sensationen, deren sie sich schämen und die sie zu verbergen trachten, während sie sich diese infantilen Erlebnisse in's Bewusstsein rufen, und noch, nachdem sie dieselben in so überzeugender Weise wieder durchgemacht haben, versuchen sie es, ihnen den Glauben zu versagen, indem sie betonen, dass sich hiefür nicht wie bei anderem Vergessenem ein Erinnerungsgefühl eingestellt hat.

Letzteres Verhalten scheint nun absolut beweiskräftig zu sein. Wozu sollten die Kranken mich so entschieden ihres Unglaubens versichern, wenn sie aus irgend einem Motiv die Dinge, die sie entwerthen wollen, selbst erfunden haben?

Dass der Arzt dem Kranken derartige Reminiscenzen aufdränge, ihn zu ihrer Vorstellung und Wiedergabe suggerire, ist weniger bequem zu widerlegen, erscheint mir aber ebenso unhaltbar. Mir ist es noch nie gelungen, einem Kranken eine Scene, die ich erwartete, derart aufzudrängen, dass er sie mit allen zu ihr gehörigen Empfindungen zu durchleben schien; vielleicht treffen es Andere besser.

Es gibt aber noch eine ganze Reihe anderer Bürgschaften für die Realität der infantilen Sexualscenen. Zunächst deren Uniformität in gewissen Einzelheiten, wie sie sich aus den gleichartig wiederkehrenden Voraussetzungen dieser Erlebnisse ergeben muss, während man sonst geheime Verabredungen zwischen den einzelnen Kranken für glaubhaft halten müsste. Sodann, dass die Kranken gelegentlich wie harmlos Vorgänge beschreiben, deren Bedeutung sie offenbar nicht verstehen, weil sie sonst entsetzt sein müssten, oder dass sie, ohne Werth darauf zu legen, Einzelheiten berühren, die nur ein Lebenserfahrener kennt und als feine Charakterzüge des Realen zu schätzen versteht.

Verstärken solche Vorkommnisse den Eindruck, dass die Kranken wirklich erlebt haben müssen, was sie unter dem Zwange der Analyse als Scene aus der Kindheit reproduciren, so entspringt ein anderer und mächtigerer Beweis hiefür aus der Beziehung der Infantilscenen zum Inhalt der ganzen übrigen Krankengeschichte. Wie bei den Zusammenlegbildern der Kinder sich nach mancherlei Probiren schliesslich eine absolute Sicherheit herausstellt, welches Stück in die freigelassene Lücke gehört — weil nur dieses eine gleichzeitig das Bild ergänzt und sich mit seinen unregelmässigen Zacken zwischen die Zacken der anderen so einpassen lässt, dass kein freier Raum bleibt und kein Uebereinanderschieben nothwendig wird — so erweisen sich die Infantilscenen inhaltlich als unabweisbare Ergänzungen für das associative und logische Gefüge der Neurose, nach deren Einfügung erst der Hergang verständlich — man möchte oftmals sagen: selbstverständlich — wird.

Dass auch der therapeutische Beweis für die Echtheit der Infantilscenen in einer Reihe von Fällen zu erbringen ist, füge ich hinzu, ohne diesen in den Vordergrund drängen zu wollen. Es gibt Fälle, in denen ein vollständiger oder partieller Heilerfolg zu erreichen ist, ohne dass man bis zu den Infantilerlebnissen herabsteigen muss; andere, in welchen jeder Erfolg ausbleibt, ehe die Analyse ihr natürliches Ende mit der Aufdeckung der frühesten Traumen gefunden hat. Ich meine, im ersteren Fall sei man vor Recidiven nicht gesichert; ich erwarte, dass eine vollständige Psychoanalyse die radicale Heilung einer Hysterie bedeutet. Indess, greifen wir hier den Lehren der Erfahrung nicht vor!

Es gäbe noch einen, einen wirklich unantastbaren Beweis für die Echtheit der sexuellen Kindererlebnisse, wenn nämlich die Angaben der einen Person in der Analyse durch die Mittheilung einer anderen Person in oder ausserhalb einer Behandlung bestätigt würden. Diese beiden Personen müssten in ihrer Kindheit an demselben Erlebniss Antheil genommen haben, etwa in einem sexuellen Verhältniss zu einander gestanden sein. Solche Kinderverhältnisse sind, wie Sie gleich hören werden, gar nicht selten; es kommt auch häufig genug vor, dass beide Betheiligte später an Neurosen erkranken, und doch, meine ich, ist es ein Glücksfall, dass mir eine solche objective Bestätigung unter 18 Fällen zweimal gelungen ist. Einmal war es der gesund gebliebene Bruder, der mir unaufgefordert zwar nicht die frühesten Sexualerlebnisse mit seiner kranken Schwester, aber wenigstens solche Scenen aus ihrer späteren Kindheit und die Thatsache von weiter zurückreichenden sexuellen Beziehungen bekräftigte. Ein andermal traf es sich, dass zwei in Behandlung stehende Frauen als Kinder mit der nämlichen männlichen Person sexuell verkehrt hatten, wobei einzelne Scenen à trois zustande gekommen waren. Ein gewisses Symptom, das sich von diesen Kindererlebnissen ableitete, war, als Zeuge dieser Gemeinschaft, in beiden Fällen zur Ausbildung gelangt.

b) Sexuelle Erfahrungen der Kindheit, die in Reizungen der Genitalien, coitusähnlichen Handlungen u. s. w. bestehen, sollen also in letzter Analyse als jene Traumen anerkannt werden, von denen die hysterische Reaction gegen Pubertätserlebnisse und die Entwicklung hysterischer Symptome ausgeht. Gegen diesen Ausspruch werden sicherlich von verschiedenen Seiten zwei zu einander gegensätzliche Einwendungen erhoben werden. Die Einen werden sagen, derartige sexuelle Missbräuche, an Kindern verübt oder von Kindern unter einander, kämen zu selten vor, als dass man mit ihnen die Bedingtheit einer so häufigen Neurose wie der Hysterie decken könnte; Andere werden vielleicht geltend machen, dergleichen Erlebnisse seien im Gegentheil sehr häufig, allzu häufig, als dass man ihrer Feststellung eine ätiologische Bedeutung zusprechen könnte. Sie werden ferner anführen, dass es bei einiger Umfrage leicht fällt, Personen aufzufinden, die sich an Scenen von sexueller Verführung und sexuellem Missbrauch in ihren Kinderjahren erinnern, und die doch niemals hysterisch gewesen sind. Endlich werden wir als schwerwiegendes Argument zu hören bekommen, dass in den niederen Schichten der Bevölkerung die Hysterie gewiss nicht häufiger vorkommt als in den höchsten, während doch alles dafür spricht, dass das Gebot der sexuellen Schonung des Kindesalters an den Proletarierkindern ungleich häufiger übertreten wird.

Beginnen wir unsere Vertheidigung mit dem leichteren Theil der Aufgabe. Es scheint mir sicher, dass unsere Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen ausgesetzt sind, als man nach der geringen, von den Eltern hierauf verwendeten, Fürsorge erwarten sollte. Bei den ersten Erkundigungen, was über dieses Thema bekannt sei, erfuhr ich von Collegen, dass mehrere Publicationen von Kinderärzten vorliegen, welche die Häufigkeit sexueller Praktiken selbst an Säuglingen von Seiten der Ammen und Kinderfrauen anklagen, und aus den letzten Wochen ist mir eine von Dr. Stekel in Wien herrührende Studie in die Hand gerathen, welche sich mit dem «Coitus im Kindesalter» beschäftigt (Wiener medic. Blätter, 18. April 1896). Ich habe nicht Zeit gehabt, andere literarische Zeugnisse zu sammeln, aber selbst wenn diese sich nur vereinzelt fänden, dürfte man erwarten, dass mit der Steigerung der Aufmerksamkeit für dieses Thema sehr bald die grosse Häufigkeit von sexuellen Erlebnissen und sexueller Bethätigung im Kindesalter bestätigt werden wird.

Schliesslich sind die Ergebnisse meiner Analysen im Stande, für sich selbst zu sprechen. In sämmtlichen 18 Fällen (von reiner Hysterie und Hysterie mit Zwangsvorstellungen combinirt, 6 Männer und 12 Frauen) bin ich, wie erwähnt, zur Kenntniss solcher sexueller Erlebnisse des Kindesalters gelangt. Ich kann meine Fälle in 3 Gruppen bringen, je nach der Herkunft der sexuellen Reizung. In der ersten Gruppe handelt es sich um Attentate, einmaligen oder doch vereinzelten Missbrauch meist weiblicher Kinder von Seiten erwachsener, fremder Individuen (die dabei groben, mechanischen Insult zu vermeiden verstanden), wobei die Einwilligung der Kinder nicht in Frage kam und als nächste Folge des Erlebnisses der Schreck überwog. Eine zweite Gruppe bilden jene weit zahlreicheren Fälle, in denen eine das Kind wartende erwachsene Person, — Kindermädchen, Kindsfrau, Gouvernante, Lehrer, leider auch allzuhäufig ein naher Verwandter — das Kind in den sexuellen Verkehr einführte und ein — auch nach der seelischen Richtung ausgebildetes — förmliches Liebesverhältniss, oft durch Jahre, mit ihm unterhielt. In die dritte Gruppe endlich gehören die eigentlichen Kinderverhältnisse, sexuelle Beziehungen zwischen zwei Kindern verschiedenen Geschlechts, zumeist zwischen Geschwistern, die oft über die Pubertät hinaus fortgesetzt werden und die nachhaltigsten Folgen für das betreffende Paar mit sich bringen. In den meisten meiner Fälle ergab sich combinirte Wirkung von zwei oder mehreren solcher Aetiologien; in einzelnen war die Häufung der sexuellen Erlebnisse von verschiedenen Seiten her geradezu erstaunlich. Sie verstehen aber diese Eigenthümlichkeit meiner Beobachtungen leicht, wenn Sie in Betracht ziehen, dass ich durchwegs Fälle von schwerer neurotischer Erkrankung, die mit Existenzunfähigkeit drohte, zu behandeln hatte.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber den Werth der Serumtherapie bei Diphtheritis.

Von

Dr. Sigmund v. Gerlóczy,

Primararzt am St. Ladislaus-Spitale in Budapest.

(Schluss.*)

Zu meinem grössten Leidwesen verfüge ich nicht über ähnliche Notizen aus früheren Jahren; ich bin daher nicht in der Lage, meine jetzige Meinung mittelst vergleichender Daten zu unterstützen.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, über einen Fall zu referiren, bei dem nach wesentlicher Besserung, ja beinahe nach vollständiger Abheilung des Rachenprocesses am 15. Tage der Krankheit oder aber am 11. Tage seines Aufenthaltes im Spitale der Tod unter urämischen Erscheinungen erfolgt war.

Der Fall betrifft ein $2^1/_2$ Jahre altes Kind, namens Josef Radankovics, welches am 9. Jänner 1895 auf unsere Abtheilung aufgenommen wurde. Seit 4 Tagen krank. Symptome schwerer Rachendiphtherie; Puls klein, frequent, 140 in der Minute. Viel Eiweiss im Harn. Körpertemperatur bei der Aufnahme 39·4° C.

Injection von 1000 Antitoxin-Einheiten (Behring). Tags darauf 2 Injectionen à 600 Antitoxin-Einheiten.

11. Jänner: Belag etwas aufgelockert.

12. Jänner: Injection von 600 Antitoxin-Einheiten.

13. Jänner: Ueberall bedeutende Ablösung des Belages. Puls voller, 120 in der Minute.

17. Jänner: Rachen beinahe ganz frei. Hydrops univers., Puls genügend voll, 144 in der Minute. Tagesmenge des Harnes 300 cm³, viel Albumen darin.

Am 20. Jänner starb der Kranke nach beinahe vollständiger Abheilung des Rachenprocesses unter urämischen Erscheinungen.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 21 22, und 23.

Folgender Fall von Nephritis verlief günstiger:

Gisela Adam, 8 Jahre alt, kam am 16. Mai 1895 unter schweren Symptomen von Nasen- und Rachendiphtherie auf unsere Abtheilung.

Schon am ersten Tage war im Urin Eiweiss nachweisbar. Puls klein, 180 in der Minute.

Injection von 1600 Antitoxin-Einheiten (Roux), am anderen Tage wieder Injection von 1600 Antitoxin-Einheiten.

18. Mai: Belag in Ablösung begriffen; Puls noch immer klein.

20. Mai: Rückbildung der Drüsenschwellungen.

26. Mai: Hochgradige Gaumenlähmung.

4. Juni: Nur noch an der linken Tonsille einige Plaques.

7. Juni: Rachen frei, Puls besser.

8. Juni: Gesicht etwas geschwollen, geringgradige Ascites, anasarca. Puls arrhythmisch, 150 in der Minute, Tagesmenge des Harnes 300 cm³.

10. Juni: Tagesmenge des Harnes schon 1000 cm³.

14. Juni: Tagesmenge des Harnes 1800 cm³.

21. Juni: Albumen im Urin nur in Spuren nachweisbar; Rückbildung der Gaumenlähmung. Puls voll. Patient verlässt geheilt das Spital.

Oben referirte ich schon über Larynxcroup und Croupdiphtherie, die Resultate mit Daten vergleichend, und betonte zugleich, dass der Heileffect des Serums sich namentlich bei der letzteren geltend mache.

Bei Larynxcroup lautete die Statistik folgendermassen:

1893:	geheilt	35·5%,	gestorben	64·5%
1894:	»	37·5%,	»	62·5%
1895:	»	56·9%,	»	43·1%

Bei diphtheritischem Croup jedoch lautete dieselbe günstiger:

1893:	geheilt	19·0%,	gestorben	81·0%
1894:	»	20·4%,	»	79·6%
1895:	»	65·9%,	»	34·1%

Um diese interessanten Daten genauer beurtheilen zu können, müssen wir auch die Zahl der Intubirten in Betracht nehmen und zugleich auch das Resultat anführen, welches wir bei denselben erreichen konnten.

a) Reine Laryngitis crouposa.

1893: Von den 31 mit reiner Laryngitis crouposa behafteten Fällen wurden 26 (83·9%) intubirt; davon heilten 7 (i. e. 26·9% der Intubirten), 19 sind gestorben (i. e. 73·1% der Intubirten).

1894: Von den 32 mit reiner Laryngitis crouposa behafteten Fällen wurden 23 (71·9%) intubirt, 4 von ihnen wurden gesund (i. e. 17·4% der Intubirten) und 19 starben (i. e. 82·6% der Intubirten).

Bei der Anwendung des Heilserums wurden von 72 mit reiner Laryngitis crouposa behafteten Fällen 55 (76·4%) intubirt; davon heilten 27 (i. e. 49% der Intubirten) und starben 28 (i. e. 51%).

b) Croupdiphtherie.

1893: Von 42 mit diphtheritischem Croup behafteten Fällen wurden 27 intubirt (64·3%); davon heilten 3 (i. e. 11·1% der Intubirten), 24 starben (i. e. 88·9% der Intubirten).

1894: Von 54 mit diphtheritischem Croup behafteten Fällen wurden 28 intubirt (51·8%); davon heilten 2 (i. e. 7·1% der Intubirten), 26 starben (i. e. 92·9% der Intubirten).

Bei der Anwendung des Heilserums wurden von 113 mit diphtheritischem Croup behafteten Fällen 82 intubirt (72·5%); davon heilten 39 (i. e. 47·5% der Intubirten), 43 starben (i. e. 52·5% der Intubirten).

Diese Daten geben das schönste Zeugniss über den Werth des Heilserums.

Bei reinem Croup steht gegenüber dem Heilungsprocent von 49% der mit Serum behandelten und intubirten Kranken das Heilungsprocent von 26·9%, respective 17·4% der ohne Serum Behandelten.

Wenn wir auch bei diphtheritischem Croup die Zahlen sprechen lassen, so haben wir auf Seite der mit Serum Behandelten ein Heilungsprocent von 47·5%, auf der anderen Seite nur 11·1%, respective 7·1% geheilte Fälle. Diese Zahlen müssen Jedermann von der ausgezeichneten Wirkung des Heilserums überzeugen.

Aus den guten Resultaten, welche wir mit dem Heilserum erzielten, folgt nun als etwas Selbstverständliches, dass durch das Serum auch die Dauer der Belassung des Tubus verkürzt wurde.

Bei 14 mit Serum behandelten und intubirten Kranken war der Tubus weniger als 24 Stunden in Anwendung. Kleinere oder grössere Pausen abgerechnet, war die Intubationsdauer

in 8 Fällen 24—36 Stunden
» 11 » 36—48 »
» 18 » 48—72 »
» 6 » 72—96 »

In 6 Fällen war die Intubationsdauer länger als 96 Stunden (4 Tage). Unter den geheilten Fällen war die längste Intubationsdauer 174 Stunden, die kürzeste 5 Minuten.

Vor der Anwendung des Heilserums war die Intubationsdauer etwas länger, in einem geheilten Falle 422 Stunden.

Von den an reinem Croup leidenden Kranken expectorirten 15 Pseudomembranen, von dem mit diphtheritischem Croup behafteten Kranken expectorirten solche 27.

In 14 Fällen von reiner Rachendiphtherie beobachtete ich postdiphtheritische Gaumenlähmungen, deren Dauer zwischen 3—25 Tagen schwankte. Der Grad der Lähmung war ein mässiger, so dass ich ausser tonisirenden Mitteln andere therapeutische Eingriffe ganz entbehren konnte.

Bei reinem Croup sah ich die Gaumenlähmung in 3 Fällen, bei diphtheritischem Croup in 8 Fällen auftreten.

Bei einem unserer Kranken beobachteten wir auch Lähmung der unteren Extremitäten, welche binnen 8 Wochen vollständig heilte.

Dieser Fall betrifft ein 7 Jahre altes Mädchen, namens Anna Winkler, welches am 12. September 1895 auf unsere Abtheilung aufgenommen wurde. Seit sechs Tagen krank. Enorme Schwäche. Foetor ex ore. An der rechten Tonsille schmutziggrauer, dicker Belag, der sich auch auf den weichen Gaumen erstreckt. An der linken Tonsille wie auch an der Uvula ist der Belag etwas dünner. Puls frequent, kaum fühlbar. Eitriger Ausfluss aus der Nase. An der rechten Seite des Halses diffuse Drüsenschwellung. Mässiger Eiweissgehalt des Harnes. Injection von 3200 Antitoxin-Einheiten (Roux).

14. September: An beiden Tonsillen, wie auch am weichen Gaumen Belag geringer, beide Ränder der Uvula noch mit starkem Belag überzogen. Injection von 1600 Antitoxin-Einheiten.

15. September: Belag auch an der Uvula geringer, vollständige Rückbildung der Drüseninfiltration. Puls klein; hochgradige Hinfälligkeit.

22. September: Pharynx frei; mittelmässiger Albumengehalt des Harnes.

30. September: Puls kaum fühlbar, viel Eiweiss im Urin.

1. October: Lähmungserscheinungen des Gaumens und der unteren Extremitäten.

8. October: Puls allmälig besser. Tagesmenge des Urins vom 17. October angefangen bedeutend verringert, jedoch schon am 27. October begann die Diurese, worauf sich das Allgemeinbefinden des Kranken wesentlich besserte.

2. November: Gaumenlähmung beginnt zu schwinden und Patient kann auch schon im Bette sitzen.

10. November: Patient kann schon kurze Zeit stehen.

12. November: Das Kind macht schon allein einige Schritte.

17. November: Dasselbe geht schon ganz sicher und auch der Zustand ist so befriedigend, dass Patient an diesem Tage das Spital verlassen konnte.

Oft genug sehen wir an den auf die erste Seruminjection folgenden Tagen verschiedene Exantheme am Körper auftreten. So beobachteten wir bei 133 von unseren 500 Fällen (26·6%) Exantheme, welche das Allgemeinbefinden der Kranken beinahe niemals beeinflussten. Hie und da sahen wir zwar Bindehaut- und Rachenkatarrhe, Bronchitiden und Fieberbewegungen, dieselben waren jedoch stets nur ephemere Erscheinungen. In einem Falle, bei der schon oben erwähnten 11 Monate alten Anna Smátyás, sahen wir an dem auf die erste Seruminjection folgenden 12. Tage in Begleitung von hochgradiger Cyanose und bedeutender Verminderung der Harnsecretion bläuliche Flecke über den Knöcheln auftreten, welche am folgenden Tage auch schon über den Kniegelenken und in den Leistengegenden sichtbar wurden und sich als wirkliche Hämorrhagien erwiesen. Dieselben wurden jedoch 6—7 Tage später gleichzeitig mit der allmähligen raschen Wiederkehr des Wohlbefindens vollständig resorbirt.

Was die Beschaffenheit des Serumexanthems betrifft, welches ich an 133 Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, kann ich Ihnen Folgendes mittheilen: Bei 60 sah ich hauptsächlich an den Injectionsstellen ein diffuses Erythem; bei 24 war das Exanthem morbilliform, bei 15 war dasselbe scarlatiniform, bei 14 polymorph, bei 13 urticariaähnlich, und endlich bei 7 hatte dasselbe die Form von Roseolen angenommen.

In 9 Fällen sah ich nach einer mehrtägigen Pause eine Recidive der Exantheme in den verschiedensten Formen auftreten. In 25 Fällen erschien das Exanthem vor dem auf die erste Injection folgenden fünften Tage. In solchen Fällen, wo das Exanthem so früh auftrat, beschränkte sich dasselbe in Form eines circumscripten Erythems auf die Injectionsstelle.

Das Exanthem erschien:

in 11 Fällen am 6. Tage
» 13 » » 7. »
» 20 » » 8. »
» 12 » » 9. »
» 4 » » 10. »
» 15 » » 11. »
» 10 » » 12. »
» 5 » » 13. »
» 5 » » 14. »

und endlich kam das Exanthem in 13 Fällen nach dem 14. Tage zum Vorschein.

Während das Exanthem in manchen Fällen nur einige Stunden hindurch sichtbar war, behielt dasselbe in anderen Fällen seine Intensität auch 3—4 Tage lang.

Bei den 500 Fällen von Diphtherie, welche ich zu beobachten Gelegenheit hatte, kamen mehrere Fabrikate von Serum in Anwendung. Bei den ersten 50—60 Fällen benützte ich das Behring'sche Heilserum aus der Höchster Fabrik. Als jedoch der Serumvorrath dieser Fabrik abnahm, was eine riesige Preiserhöhung des Fabrikates zur Folge hatte, überging ich zu dem Heilserum von Roux, welches ich stets ohne Schwierigkeiten in beliebiger Menge erhielt, was durch den hiesigen Apotheker Johann Filo ermöglicht wurde, der das Hauptdepôt des Heilserums übernahm und dasselbe pünktlich lieferte.

Später benützte ich das unter Aufsicht des Herrn Prof. Preisz gewonnene staatliche Serum und endlich verwendete ich das im St. Ladislaus-Spitale unter Aufsicht des Herrn Prof. Pertik, resp. Dr. Nékám einem immunisirten Pferde entnommene Serum.

Es wäre sehr schwer, die verschiedenen Fabrikate ihrer Wirkung nach zu classificiren. Eine Paralelle wäre zwischen denselben überhaupt nur dann möglich, wenn die mit denselben behandelten Kranken im Grade der Krankheit mit einander übereinstimmen würden. Daher will ich auch dem hier folgenden Ausweise nicht die mindeste Bedeutung beimessen; ich wünschte nur eine Statistik darüber anzufertigen, wieviel Kranke mit diesem oder jenem Serum behandelt wurden.

		Rachen-diphtherie	Larynx-croup	Diphther. Croup	Summe
Behring:	Geheilt	31	11	7	49 (70·2%)
	Gestorben	4	5	11	20 (29·8%)
		35	16	18	69
Roux:	Geheilt	138	20	38	196 (79·4%)
	Gestorben	18	14	19	51 (20·6%)
		156	34	57	247
Preisz:	Geheilt	54	9	17	80 (83·4%)
	Gestorben	2	4	10	16 (16·6%)
		56	13	27	96
Pertik-Nékám:	Geheilt	51	4	12	67 (76·2%)
	Gestorben	5	6	10	21 (23·8%)
		56	10	22	88

Wie aus diesen Daten ersichtlich ist, erzielte ich mit allen Fabrikaten beiläufig dasselbe Resultat; zufallsweise hatte ich bei den mit inländischem Fabrikate Behandelten das beste Heilungsprocent (83·4%). Ich betone jedoch nochmals, dass ich diesen Daten die Kraft der Ueberzeugung abspreche; soviel jedoch kann ich mit Gewissheit constatiren, dass das inländische Fabrikat dem ausländischen nicht nachsteht.

Nur selten sah ich nach der Injection Abscesse. Anfangs hatten wir nach dem staatlichen Serum mehr Abscesse, späterhin jedoch, als wir reineres Material gewannen, unterblieb auch die Abscessbildung. Die zur Injection nöthigen Injectionsspritzen und -Nadeln werden mit 5%iger Borlösung gereinigt und die Injectionsstelle nach den Regeln der Antisepsis versehen.

Ueber das Serum im Dienste der Immunisation bin ich wegen Mangels der hiezu nöthigen Daten nicht in der Lage eine Meinung abgeben zu können, und ich glaube, wir werden noch lange Zeit warten müssen, bis wir auf diese Frage eine bestimmte Antwort erhalten.

Meine Herren! Auf Grund meiner, an einem ansehnlichen Krankenmateriale gewonnenen Beobachtungen habe ich mir meine Meinung über den Werth des Serums gebildet, welch grosses Material ich in der glücklichen Lage war, mit einem ähnlichen Materiale zweier voller Jahre vor der Serumära in jeder Hinsicht in Parallele stellen zu können. Die Abstractionen können keinem Einwurfe begegnen und ich werde nicht irren, wenn ich behaupte, dass das Heilungsprocent der Diphtherie sich bei frühzeitiger, ausnahmslos in jedem Falle erfolgender Anwendung des Serums um 25% bessert.

Schliesslich muss ich noch eines Factors gedenken, mit welchem ich bei den mit Hilfe der Serumtherapie erreichten ausgezeichneten Erfolgen unbedingt rechnen muss: ich verstehe darunter die pünktliche und gewissenhafte Pflichterfüllung des assistenzärztlichen Personals, sonst wäre es unmöglich gewesen, in den schwersten operativen Fällen solche Erfolge zu erzielen.

An dieser Stelle muss ich besonderen Dank abstatten dem Secundararzt Dr. Adolf László, den Assistenzärzten Dr. Alexander Germán und Dr. Leopold Fränkel, die mir bei so vielseitiger Aufarbeitung dieses grossen Materials mehrere Nächte hindurch zu helfen die Güte hatten.

Die Staarkrankheit, ihre Ursache und Verhütung.

Von

Dr. Wilhelm Schoen in Leipzig.

(Fortsetzung.*)

Ist nun aber die Annahme, der Staarprocess beginne mit einer Kernveränderung, thatsächlich richtig?

Malgaigne hat anatomisch das Gegentheil gefunden: wohl periphere Veränderungen zusammen mit solchen des Kernes, aber niemals die letzteren allein. Trotzdem Sichel[31]) und Höring[32]) heftig gegen diese Angaben auftraten, behaupteten sie doch nicht, ein anatomisches Präparat von einer Linse mit Kerntrübung und unversehrter Peripherie gesehen zu haben. Sichel[33]) wirft merkwürdigerweise Malgaigne sogar ein, bei Greisen finde sich Kernsklerose nicht. Extrahirte Staarlinsen eignen sich überhaupt nicht als Beweisstücke, weil der Aequator der Linse daran zerstört ist. Untersuchungen am Lebenden sind nur beweiskräftig, wenn der Aequator der Linse regelmässig sorgfältig durchmustert wird. Meine Statistik ergibt Folgendes:

Lebensjahre	Staaraugen	Darunter mit Sklerose Augen	Percente
bis 50	646	0	0
50—69	477	4	0·8
70 u. mehr	79	18	22·7
	1202	22	1·8

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 19, 20, 21 u. 23.
[31]) Ann. d'Oc. VI., S. 64, VIII., S. 139.
[32]) Ann. d'Oc. VIII., S. 13.
[33]) Ann. d'Oc. VI, 66.

Vertheilung der Staaraugen und der verschiedenen Abstufungen des Staarprocesses in denselben auf die bestimmten Augen.

Lebensalter:

	bis 19 Jahre Anzahl	%		20—29 Jahre Anzahl	%		30—39 Jahre Anzahl	%		40—49 Jahre Anzahl	%	
Bestimmte Augen:	1907 =	100		1578 =	100		1008 =	100		989 =	100	
Staarfreie Augen:	1946 =	96·7		1387 =	87·8		830 =	82·5		773 =	78·3	
Staaraugen:	61 =	3·3		191 =	12·2		178 =	17·5		216 =	21·7	
Stufe 1. Anfänge: Striche, Punkte:	*51* =	2·8	**83·6**	*148* =	9·3	**77·5**	*109* =	10·8	**61·2**	*115* =	11·6	**53·2**
» 2. Ganze Kränze und Säume:	*10* =	0·5	**16·4**	*32* =	2·0	**16·7**	*49* =	4·8	**27·6**	*83* =	8·3	**38·4**
» 3. Kränze, Säume und Rindenstaar:	*0* =	0·0	**0·0**	*11* =	0·7	**5·8**	*20* =	1·9	**11·2**	*18* =	1·8	**8·3**
» 4. Kränze, Säume u. Kernsklerose:	*0* =	0·0	**0·0**	*0* =	0·0	**0·0**	*0* =	0·0	**0·0**	*0* =	0·0	**0·0**
Staaraugen:	**61**	= **100**		**191**	= **100**		**178**	= **100**		**216**	= **100**	

Lebensalter:

	50—59 Jahre Anzahl	%		60—69 Jahre Anzahl	%		70 und mehr. Anzahl	%		Anzahl	%	
Bestimmte Augen:	754 =	100		336 =	100		117 =	100		6689 =	100	
Staarfreie Augen:	468 =	62·1		145 =	43·1		38 =	32·5		5487 =	82·1	
Staaraugen:	286 =	37·9		191 =	56·9		79 =	67·6		1202 =	17·9	
Stufe 1. Anfänge: Striche, Punkte:	*101* =	13·3	**35·3**	*32* =	9·5	**16·7**	*1* =	0·8	**1·3**	*5 57* =	8·3	**46·3**
» 2. Ganze Kränze und Säume:	*129* =	17·1	**45·1**	*96* =	28·6	**50·2**	*22* =	18·9	**27·9**	*4 21* =	6·3	**35·1**
» 3. Kränze, Säume u. Rindenstaar:	*54* =	7·2	**18·8**	*61* =	18·1	**31·9**	*38* =	32·4	**48·1**	*2 02* =	3·0	**16·8**
» 4. Kränze, Säume u. Kernsklerose:	*2* =	0·3	**0·8**	*2* =	0·7	**1·2**	*18* =	15·4	**22·7**	*0 22* =	0·3	**1·8**
Staaraugen:	**286**	= **100**		**191**	= **100**		**79**	= **100**		**1202**	= **100**	

Im Ganzen hatten nur 1·8% der Staaraugen eine Kerntrübung, einigermassen häufig fand sich diese erst bei Siebzigjährigen, während sie vor dem 50. Jahre gar nicht vorkommt, trotzdem mehr als die Hälfte aller Staarerkrankungen bei Leuten jünger als 50 Jahre beobachtet wurde. Auf 1202 Staaraugen kommen nur 22 mit Kernsklerose. Diese 22 hatten aber ausserdem periphere Veränderungen. Die Kernsklerose erweist sich ferner als secundäre Erscheinung, weil man häufig bei demselben Kranken auf dem besseren Auge bloss die peripheren Veränderungen antrifft, während auf dem schlechteren ausser diesen noch Kernsklerose zugegen ist. Katarakt findet sich schon in sehr jungen Augen, aber als Veränderung der Linsenperipherie, Kernsklerose gesellt sich selten und spät, in der Regel erst nach dem 60. Jahre, zu den peripheren Veränderungen hinzu.

Es fehlen also nicht allein alle positiven Beweise dafür, dass überhaupt primäre Kernsklerose vorkommt, sondern es spricht sogar Alles dagegen. Nach der Alterstheorie musste aber in jedem Staarauge die Kerntrübung die erste Störung sein. Will man trotzdem eine primäre vom Kern ausgehende Schrumpfung behaupten, so muss es eine unsichtbare und unerkennbare sein, ähnlich wie wir später beim Glaukom eine unfühlbare und unnachweisbare Druckerhöhung auftauchen sehen werden.

Thatsächlich sind die ersten Staarveränderungen die peripheren.

Sichel beschreibt sie wie folgt: «La cataracte lenticulaire corticale se caractérise par une opacité superficielle et incomplète du cristallin, formée par des stries ou plaques irrégulières, tantôt grisâtres, tantôt blanchâtres et placées à la surface antérieure ou postérieure de ce corps ou même à ces deux surfaces en même temps. C'est en quelque sorte une desquammation de la surface du cristallin par petites portions opaques et d'une forme irrégulière. Ce n'est nullement comme l'a pensé M. Malgaigne, une secrétion ayant lieu à la surface interne de la capsule qui produit ces opacités isolées et circonscrites. Des dissections nombreuses et faites avec un soin minutieux m'ont mis à même d'assurer que ce sont des parcelles de la substance corticale du cristallin même qui perdent leur transparence et se soulèvent un peu ou au moins se laissent détacher sans le moindre effort à l'aide d'un instrument mousse de la surface intérieure, c'est à dire concave des deux feuillets de la membrane cristalloide. Les opacités sont d'une teinte terne mate, sans éclat, d'un gris pâle tirant sur le blanc, sans aucune nuance bleue ou argentine. Elles ne sont qu'appliquées contre la surface interne ou postérieure du feuillet antérieure de la capsule.»[34])

Höring[35]) beschreibt diese ersten peripheren Veränderungen im Anschluss an Ammon und Schoen als Gerontoxon capsularis. Die Streifen lassen sich, seiner hier im Gegensatz zu Sichel's Meinung stehenden Angabe nach, nicht von der Kapsel abkratzen, woraus er schliesst, dass sie in der Kapsel sitzen. Der Gerontoxon besteht aus «filaments blanchâtres apposés les uns à côté des autres, qui se perdent insensiblement vers le centre et se terminent brusquement sur la circonférence de la capsule».

Ruete[36]) sagt: «Der Ausgangspunkt des Rindenstaares ist in der Regel der Rand der Linse und man sieht ihn hier im Anfange nur dann, wenn die Pupille erweitert ist. Vom Rande aus entwickeln sich die weissgrauen Streifen. Früher oder später dringt die Trübung in die tieferen Schichten und den Kern.»

[34]) Etude sur la cataracte. Ann: d'Ocul. VIII, S. 170.
[35]) Recherches sur la cataracte. Ann. d'Oc. VIII, S. 110.
[36]) Ophthalm. II, 662.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der k. k. böhmischen chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Mayd l in Prag.

Casuistischer Beitrag zur Magenchirurgie.

Von
Dr. O. Kukula,
klin. Assistenten.

(Fortsetzung.*)

Von den vier Fällen von Magenoperationen verdient jedenfalls der erste, Exstirpation eines runden Magengeschwürs, eine nähere Erörterung; bevor ich zu dieser übergehe, will ich noch kurz die zwei Fälle von Pylorectomie und Gastroenterostomie besprechen.

Im Falle II, Carcinoma pylori und Infiltration der Drüsen, wählte ich die Gastroenterostomie nach der Methode Doyen's, die ich Gelegenheit hatte, von Doyen selbst in Reims im Jahre 1894 ausgeführt zu sehen. Die kurze Dauer der Operation, Doyen vollführte damals die Operation in 45 Minuten, und die auf Grund zahlreicher Präparate und Operationen in seinem Buche ausführlich geschilderte Begründung dieser Methode, haben in mir den Entschluss geweckt, bei nächster Gelegenheit diese Methode zu versuchen.

Der beschriebene Fall schien mir dazu umsomehr geeignet, als fast gar keine Adhäsionen zwischen dem Tumor und dem Colon transversum sich befanden. Was die Technik anbelangt, hielt ich mich vollkommen an die Worte Doyen's, nur dass ich anstatt seiner anempfohlenen «suture en surjet à points renforcés» theils die gewöhnliche fortlaufende Naht, theils die Knopfnaht benützte; wie aus dem Sectionsbefunde hervorgeht, war die Gastroenterostomie perfect, die Nähte reactionslos geheilt, und kein Zeichen einer Infection des Peritoneums vorhanden.

Bei der Re-Laparotomie, die ich wegen des steten nicht stillbaren Erbrechens vornahm, konnte ich weder eine Füllung des zuführenden Darmes, noch eine Knickung, die auf einen Ileus gedeutet hätte, constatiren. In der Meinung, es handle sich dennoch um Einfliessen des Genossenen in den zuführenden Darm, relaparotomirte ich und heftete durch weitere Knopfnähte den zuführenden Darm an die grosse Magencurvatur an; auch dieses Vorgehen hatte keinen Erfolg. Das Erbrechen erschien nach dieser zweiten Operation in Kürze wieder und führte den Tod des Kranken am 2. Tage nach der zweiten Operation herbei.

Bei der zweiten Section fanden wir den zuführenden Schenkel ganz unbedeutend erweitert; bis auf etwas Galle und Schleim vollkommen leer; die Anastomose fungirte bei der Probe, indem die eingespritzte Flüssigkeit erst den Fundus aufblähte und dann in den abführenden Darmtheil floss. Es handelte sich somit in diesem Falle um die einzige Schattenseite der Gastroenterostomie, nämlich um Rückfluss der Galle und des Pankreassaftes in den Magen, wodurch unstillbares Erbrechen und der Tod herbeigeführt wurde.

Solche Fälle sind in der Literatur mehrere bekannt und, um die Refluxion der Galle hintanzuhalten, verschiedene Methoden vorgeschlagen worden; die einen sollten den Rückfluss durch den Pylorus, die anderen aus dem zuführenden Schenkel verhindern. Ich erwähne hier nur den Vorschlag Doyen's, einer Spornbildung im zuführenden Schenkel (die auch ich in dem uns beschäftigenden Falle benützte), das Zusammenfalten des Pylorus, die Duodenojejunostomie Jaboulay's etc.

Trotzdem kommen noch Fälle vor, die durch Rückfluss der Galle und durch das daraus resultirende unstillbare Erbrechen letal enden. Es ist uns, wie Mintz betont, noch heutzutage ein Räthsel, weshalb in einigen Fällen sich der Uebergang der Ingesta und der Abfluss der Leber- und Pankreassäfte nach der Gastroenterostomie normal gestaltet, in anderen dagegen nicht. Unter die letzteren Fälle gehört zweifellos auch

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 21, 22 u. 23.

mein Fall; der Exitus letalis wurde durch ein unstillbares Erbrechen, durch Rückfluss der Galle, dessen Ursache unaufgeklärt geblieben ist, herbeigeführt. Diesem Uebelstande der Gastroenterostomie hilft unter den bisher angewendeten Methoden am besten die Jejunostomie nach Maydl ab; College Charvát wird demnächst in einer ausführlichen Arbeit, die bisher von meinem Chef durch Jejunostomie operirten Fälle publiciren und die Vortheile dieser Methode besprechen; ich unterlasse es deshalb hierorts näher auf diese Methode einzugehen.

Fall III und IV, Pylorectomie wegen Scirrhus, bietet nichts Besonderes; in beiden Fällen wurde die Diagnose richtig vor der Operation gestellt und da der Tumor begrenzt war, die typische Pylorectomie vorgenommen. Der erste Fall hatte einen idealen Verlauf und ist der Effect der Operation laut Nachricht des verehrten Collegen Dr. Paul nun nach einem halben Jahre ganz zufriedenstellend. Patientin fühlt sich ganz wohl und arbeitet wie früher in ihrer Hauswirthschaft.

Am Durchschnitte des Präparates fanden wir ein dem gewöhnlichen Magengeschwüre vollkommen entsprechendes Ulcus und dachten, dass es sich um eine narbige Strictur des Pylorus handle; die mikroskopische Untersuchung wies einen exulcerirten Scirrhus nach, wodurch freilich die Chancen der Kranken nicht besonders günstig sind und die Dauer des Erfolges abzuwarten ist.

Die zweite Pylorectomie hatte leider nicht den gewünschten Erfolg gehabt; der Kranke erholte sich so ziemlich nach der Operation, doch trat am 10. Tage, trotzdem wir ihn schon am 3. Tage ausser mit Nährklystieren auch per os ernährten, der Tod an Inanition ein. Solche Fälle sind hinlänglich in der Literatur bekannt; eine rechtzeitig bei besserem Allgemeinzustande des Kranken vorgenommene Pylorectomie hätte jedenfalls, unter sonst gleichen Umständen, einen besseren Erfolg haben können. Den Vorwurf, dass eine Gastroenterostomie bei dem herabgekommenen Kranken angezeigt gewesen wäre, können wir ohneweiters zurückweisen, da der Kranke die Operation ganz gut vertrug. Eine Gastroenterostomie hätte in diesem Falle wahrscheinlich denselben Erfolg gehabt, da wir schon am 3. Tage nach der Operation den Kranken per os ernährten und somit dieselben Vortheile benützten, wie bei der Gastroenterostomie.

Einer näheren Betrachtung möge endlich Fall I, Resection eines runden Magengeschwüres, unterworfen werden. Magengeschwüre haben, wie Küster betont, unter dreierlei Indicationen Anlass zum operativen Einschreiten gegeben: a) bei narbigen Stenosen des Pylorus, b) bei Perforationsperitonitis, c) bei heftigen und unstillbaren Magenblutungen.

Diesen durch obige Indicationen zur Operation gelangten Fällen von Magengeschwüren stehen nun diejenigen Fälle gegenüber, wo die Operation wegen einer schmerzhaften Verhärtung oder eines verdächtigen Tumors gemacht wurde und erst bei der Operation ein rundes Magengeschwür entdeckt wurde. In der mir zugänglichen Literatur habe ich fünf solche Fälle gefunden, die ich im Nachfolgenden kurz erwähne:

I. Fall. Czerný (Mauser, Archiv für klinische Chirurgie, 1884); 41jähriger Mann leidet seit 1880 an Schmerzen im Epigastrium; seit 1882 nehmen die Schmerzen zu und stellt sich zu denselben ein häufiges Erbrechen nach dem Essen ein. Patient magert in der letzten Zeit sichtlich ab Bei der Untersuchung in der Narkose fand man in der Pylorusgegend einen 3 Finger breiten harten Strang. Diagnosis: Dilatatio ventriculi, wahrscheinlich nach Ulcus ventriculi. Bei der Operation fand man nach der Incision des Magens behufs Gastroenterostomie ein längliches, auf einem stark verdickten Grunde aufsitzendes Geschwür, das mit einem zweifachen eliptischen Schnitte excidirt wurde. Vollkommene Gesundheit noch nach 8 Jahren.

II. Fall. Mikulicz (Kaensche, deutsche medicinische Wochenschrift, 1892). 24jähriges chlorotisches Mädchen erkrankte vor 5 Monaten plötzlich an Magenbeschwerden und intensiven Schmerzen in der Magengegend; dann Erbrechen, Appetitlosigkeit. Von Beginn ihrer Erkrankung an, bemerkte Patientin in der Gegend des Nabels eine Geschwulst, die ganz allmälig wächst. Blut nur Anfangs in Spuren im Erbrochenen. Im Epigastrium oberhalb und etwas nach links vom Nabel eine gänseeigrosse Geschwulst, auf Druck mässig schmerzhaft; die Bauchdecken mit derselben verwachsen. Freie Salzsäure im Mageninhalte.

Eine Diagnose wurde nicht gestellt. Bei der Operation fand man nahe der kleinen Curvatur in der Nähe der Cardia ein Geschwür, das in einem Ausmasse von etwa einem Fünfmarkstücke mit den Bauchdecken verwachsen war. Eliptische Excision, perfecte Heilung.

III. Fall. Cordua (Debove et Rémond: Traité des maladies de l'estomac, Paris 1893). Eine Frau litt seit 10 Jahren an Magengeschwüren; in der letzten Zeit empfindet selbe einen beweglichen Tumor an der vorderen Magenwand. Bei der Operation fand man ein chronisches Magengeschwür, das durch eine eliptische Excision der Magenwand exstirpirt wurde. Heilung.

IV. Fall. Bergmann. (A. Livid: Zur chirurgischen Behandlung des Ulcus ventriculi. Inaugural-Dissert, Berlin, 1894). 34jährige Patientin leidet seit 3 Monaten an Schmerzen in der Magengegend, die bis zum Kreuz ausstrahlen. Bei der Untersuchung fand man links von der Medianlinie, etwa 3 Finger breit oberhalb dem Nabel einen etwa orangegrossen Tumor von harter Consistenz, der fest mit der Bauchwand verwachsen und auf Druck schmerzhaft war. Diagnose wurde nicht gestellt. Bei der Operation wurde am Fundus ein Ulcus entdeckt und sammt der Magenwand ungefähr in der Grösse eines Dreimarkstückes excidirt. Exitus letalis.

V. Fall. Schuchardt erwähnt gelegentlich des Vortrags Küster's: «Operative Behandlung des Magengeschwüres» in einer Sitzung des XXIII. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Jahre 1894 einen Fall Magengeschwür, das er aus der kleinen Curvatur bei einer Frau excidirte; anfangs glatter Wundverlauf; nach 14 Tagen jedoch Tod an Kachexie. Bei der Section wurde noch ein zweites an der hinteren Wand des Magens sitzendes Geschwür entdeckt.

Ob die Operation wegen unstillbarer Hämatemesis oder wegen Verdacht auf einen Tumor gemacht wurde, ist in dem Berichte nicht angegeben, und auch die subjectiven Symptome sind in dem Berichte nicht publicirt; ich habe den Fall unter die gelegentlich bei der Operation entdeckten Magengeschwüre eingerechnet, da ich denselben unter den wegen Perforationsperitonitis oder unstillbaren Blutungen operirten Magengeschwüren in den neuesten Publicationen nicht eingereiht finde.

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 5. Juni 1896.

Vorsitzender: Hofrath v. Dittel. Schriftführer: Prof. Paltauf.

Josef Weinlechner: Ein Fall von Muskelhernie am Oberschenkel.

Bei einem jungen Manne hatte sich seit zwei Jahren anlässlich eines Falles mit gespreizten Beinen, wobei ein deutlicher Krach bemerkt worden war, an der Innenseite des Oberschenkels, 4 cm unter dem Arcus pub. eine nur bei stärkeren Adductionsbewegungen prominirende Geschwulst entwickelt. Dieselbe war weich, eigross und ihr Vortreten durch kräftigen äusseren Druck zu verhindern. Bei der vorgenommenen Operation (Längsincision) zeigte sich 10 cm unter dem Schambeinhöcker eine Narbe im Musculus adductor long. Es war der oberhalb dieses ehemaligen Risses gelegene Theil des Muskels, der durch eine gleichzeitig entstandene Lücke in der Muskelscheide bei Anstrengungen prolabirte. Das mit einer Art Fascie bedeckte Stück wurde excidirt, die Fascienlücke und Incisionswunde vernäht, dadurch prompte Heilung und völlige Behebung der Beschwerden erzielt.

Der Vortragende demonstrirt ferner einen Patienten, dem er umfängliche Fettwülste, zum Theile die Unterkinngegend, den Nacken

und die behaarte Kopfhaut zwischen beiden Process. mastoid., zum Theile die oberen Rumpfpartien einnehmend, entfernt hat, und einen Mann, den ein kosmetischer Fehler, sehr weit abstehende Ohren, zu ihm geführt hatte. Es wurden ihm mit bestem Erfolg Stücke aus dem Ohrknorpel excidirt, wobei er selbst mittelst vorgehaltenen Spiegels die Controle über den zu erzielenden kosmetischen Effect ausübte.

Eduard Lang demonstrirt eine Reihe von Lupusfällen, an denen er die Exstirpation der erkrankten, oft sehr ausgedehnten Partien vorgenommen hat. Vortragender vindicirt dieser operativen Behandlungsmethode, die anfänglich nur von Chirurgen ausgeübt, dann aber auch von einzelnen Dermatologen acceptirt wurde, und für die er selbst seit Langem eintritt, nach seinen und den Erfahrungen Anderer unter allen therapeutischen Massnahmen weitaus die erste Stelle, besonders, was Radicalheilung anbelangt. Die wesentlichste, eigentlich einzige Bedingung für die Eignung eines Falles zu dieser Behandlungsmethode besteht in der Möglichkeit, die Grenzen des Krankhaften genau festzustellen und dieses in vollem Umfange entfernen zu können. Besondere Schwierigkeiten in dieser Hinsicht bieten jene Localisationen des Lupus, bei welchen Uebergangstheile von Haut zu Schleimhaut oder röhrenförmige Gebilde mit ergriffen sind, z. B. Mund-, Nasenhöhle, Gehörgang, Genitale, Anus u. s. f. So sah sich der Vortragende in einem Falle genöthigt, die Ohrmuschel in mehreren Sitzungen, um Nekrose des Knorpels zu vermeiden, abzuhäuten, und würde gegebenenfalls — er hat dabei einen mit ganz exorbitant ausgebreitetem Lupus behafteten Patienten im Auge, den er dennoch für operabel hielt, der sich aber der Behandlung vorzeitig entzog — selbst Exstirpation des Gehörganges und Ersetzung durch eine Prothese vornehmen.

Die Operationen werden entweder sofort durch Transplantationen nach Thiersch und Lappenbildung vollendet oder die Plastik einer zweiten Operation vorbehalten. Die zweizeitige Operation empfiehlt sich besonders bei Recidivverdacht, wie dies beispielsweise bei einer Patientin mit einer Dakryocystitis neben Lupus der Wange, Nase und Oberlippe der Fall war.

Besonderes Interesse erweckt die Demonstration von drei schon vor längerer Zeit vorgestellten Patienten, die ebenso wie die vorigen nach meist sehr langer Krankheitsdauer (seit 36, respective 47 Jahren) sich einer Operation vor 2, respective $2^1/_2$ Jahren unterzogen und seither recidivfrei blieben. Bemerkenswerth ist, dass sich die nach der Thierschung anfänglich derben Narbenzüge allmählig so zart gestalteten, dass sie auf einige Entfernung kaum sichtbar sind.

Karl Störk demonstrirt eine Anzahl von Instrumenten, die er zum Zwecke der Oesophagoskopie construiren liess, um die hochgradige Unbequemlichkeit zu umgehen, die mit der bisherigen Untersuchungsmethode mit starren Rohren verbunden war. Das Princip der meisten vorgezeigten Instrumente beruht auf der Einführbarkeit derselben nach Art einer Bougie; die dazu nöthige Flexibilität wird durch Ansetzung einer Anzahl gegeneinander leicht abknickbarer Glieder an ein verschieden langes starres Rohr erreicht, die noch in toto, um Einklemmungen der Schleimhaut an den Gelenken zu verhüten, von einer dünnen Kautschukhülle umzogen sind. Ein derartiges Oesophagoskop kann bei gewöhnlicher Kopfstellung im Sitzen eingeführt, und dann durch mehr minder starkes Rückwärtsneigen des Kopfes zu gerader Richtung gestreckt werden, worauf mittelst eines entsprechend angesetzten Beleuchtungsapparates der direkte Einblick in die jeweilig gewählte Höhe der Oesophagus ermöglicht ist (Demonstration der sehr rasch durchführbaren Procedur). Um das untere Ende des Rohres bei der Einführung zu decken, wurde anfangs ein in dem Instrumente liegendes, am Ende mit einem Schwamme versehenes Stäbchen aus Fischbein oder dergl. mit eingebracht und nachträglich herausgezogen. Da dasselbe jedoch durch seine Federkraft die Schmiegsamkeit des Instrumentes beeinträchtigte, so wurde es durch einen ebenfalls im unteren Antheile gegliederten Stab ersetzt.

Julius Neumann: Ueber Deciduoma malignum.

Vortragender hatte auf der Klinik Schauta Gelegenheit, mehrmals diese allerdings ziemlich seltene, jedoch durch das typische Krankheitsbild sicher erkennbare und heilbare Affection zu beobachten. Diese bösartige Neubildung kann sich nach jeder Geburt entwickeln, nach einer normalen, einem Abortus, einer Tubargravidität (Fall Ahlfeld's) oder einer Blasenmole, die allerdings die grösste Disposition für die Entstehung der Geschwulst schafft. Das Alter des Individuums und die Anzahl der überstandenen Geburten scheint dabei keinerlei Bedeutung zu haben. Das erste und wichtigste klinische Symptom sind heftige Blutungen, die sich durch ihre Reichlichkeit, Unstillbarkeit von den anderweitig hier in Betracht kommenden Affectionen, wie Endometritis post abortum, Eireste u. s. w. unterscheiden, und zwar können sich dieselben unmittelbar an die Geburt anschliessen, so dass das Lochialsecret seine blutige Beschaffenheit nicht verliert. In anderen Fällen stellt sich die Erscheinung erst nach mehreren Wochen ein. Jedenfalls tritt alsbald hochgradige Anämie auf, während sich die Geschwulst durch eminent rasches Wachsthum auszeichnet; es erfolgt meist baldige Entstehung von Metastasen, von denen die gewöhnlich am frühzeitigsten im paravaginalen Zellgewebe sich etablirende von höchster diagnostischer Bedeutung ist, ferner Metastasen in den Lungen, die zu Hämoptoe und raschem kachectischem Zugrundegehen führen; ein anderer Ausgang ist Infection des primären Tumors oder der Scheidenmetastase und Sepsis.

Von sonstigen Symptomen kommen ausser den beschriebenen Blutungen Vergrösserung des Uterus, Verringerung seiner Consistenz eventuell bei durchgängigem Cervicalcanal Tastbakreit des Tumors in Betracht, ohne dass dadurch eine sichere klinische Diagnose gemacht werden könnte. Erst durch eine gründliche Excochleation mit nachfolgender mikroskopischer Untersuchung kann bei Auffindung typischen Geschwulstgewebes die Diagnose gesichert werden und dann bei noch fehlenden Metastasen, ausser etwa solchen in der Scheide, durch Totalexstirpation des Uterus eventuell der Metastasen Radicalheilung erzielt werden, wie dies thatsächlich dem Vortragenden an der Klinik Schauta gelungen ist. Begünstigend hiefür wirkt das manchmal zögernde Wachsthum der Geschwulst, die in einem Falle nach vier Monaten noch auf den Uterus beschränkt war, während in einem anderen schon nach sechs Wochen Scheidenmetastase bestand.

Erschwerend für die Diagnose wirkt noch der Umstand, dass sich die maligne Neubildung schon während der Schwangerschaft entwickeln kann, wie dies von der destruirenden Blasenmole behauptet wird, deren nothwendige Subsumirung unter den Begriff des Deciduoma malignum Vortragender in einer Arbeit bewiesen hat.

Ferner können Theile einfacher Blasenmole im Uterus zurückbleiben und wuchern, so dass nur aus dem Zusammenhalt des klinischen und mikroskopischen Befundes die Diagnose gesichert werden kann.

In prophylaktischer, respective therapeutischer Hinsicht ergeben sich die Folgerungen aus obigen Thatsachen von selbst. Insbesondere wäre keine Wöchnerin aus der Beobachtung zu entlassen, bevor die Blutungen vollkommen sistirt haben.

Das grob anatomische Verhalten der Geschwulst ist ein verschiedenartiges; bald sitzt sie der Innenwand des Uterus als flacher, jedoch in die Substanz eindringender, bald als mehr polypöser Höcker auf oder breitet sich kugelig über die ganze Höhle aus. Die Consistenz ist eine succulente, die Schnittfläche grau-röthlich, vorquellend, ohne deutlichen Krebssaft.

Sänger, der die Krankheit im Jahre 1889 zum erstenmale beschrieb, leitete die Geschwulst von der Decidua ab, desgleichen eine Anzahl anderer Autoren, während einzelne Forscher sie Sarkome der Chorionzellen beschrieben. Eine einheitliche Auffassung erzielte erst Marchand, dem sich Ruge anschloss. Dieselbe besagt, dass sich das Syncytium und Elemente der Langerhans'schen Zellschicht gemeinsam an dem Aufbau betheiligen.

Vortragender, der sich dieser Ansicht anschloss, zeigte nun die Verschiedenartigkeit des Wachsthums beider Zellsorten in fremdem Gewebe trotz ihrer innigen Verschmelzung in den Wucherungen. Das Syncytium wächst entlang der Saftlücken, Spalten und bis in die Gefässe (Erklärung der sarkomartigen Verbreitung der Geschwulst) während die Ektodermzellen allerdings nur stellenweise

deutlich vertretene typische epitheliale Wucherungen bilden. Es erklärt dies einerseits die besondere Stellung der Geschwulst zwischen Sarcom und Carcinom, andererseits das häufige Vorkommen derselben bei Blasenmole, wo die Chorionzellen ja ohnehin ein luxurirendes Wachsthum zeigen. Das Wesentliche in wissenschaftlicher Hinsicht bleibt jedenfalls die Einwucherung fötaler Elemente in den mütterlichen Organismus. Ab.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 3. Juni 1896.

Isidor Fischer: Ueber Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen.

Vortragender weist darauf hin, dass er auf einige ätiologische Momente der Genitalatrophie bereits in einem vor einiger Zeit an derselben Stelle gehaltenen Vortrag hingewiesen habe; heute berichtet er über Untersuchungsergebnisse auf anderen Gebieten; er hat mit der Genitalatrophie beim weiblichen Geschlecht sich beschäftigt, und zwar stand ihm das Material der Abtheilung Pal des allgemeinen Krankenhauses zur Verfügung.

Fischer gibt zuerst eine Eintheilung der Genitalatrophien, und zwar in angeborene und erworbene; die angeborenen sind als Entwicklungshemmung anzusehen; die erworbenen kann man nach verschiedenen Eintheilungsgründen eintheilen und demgemäss primäre und secundäre, physiologische und pathologische, puerperale und nicht puerperale Genitalatrophien unterscheiden.

Unter den inneren Erkrankungen, welche Genitalatrophie veranlassen, ist die Tuberculose am frühesten und häufigsten genannt. Von 20 tuberculösen Frauen, welche Vortragender darauf untersucht hat, zeigten 16 atrophische Veränderungen, bei einem der Fälle war Genitaltuberculose vorhanden; die Ansicht, dass die Atrophie gleichsam als Prodromalerscheinung einer später in Erscheinung tretenden Tuberculose auftrete, könne er nach seinen Erfahrungen nicht theilen. Eine Beziehung zu dem Fieber ist nicht zu constatiren; ebensowenig besteht ein Parallelismus zwischen der Atrophie und dem allgemeinen Ernährungszustand. Auch wenn die Tuberculose mit Schwangerschaft einhergeht, liess sich in manchen Fällen die Atrophie feststellen, und es waren gerade nicht immer diejenigen Fälle, in welchen mit dem Eintritte der Schwangerschaft die Tuberculose einen progredienten Charakter annahm. Die anatomischen Veränderungen sind folgende: Die Ovarien werden zuerst kleiner und schlaffer und sinken soweit herab, dass sie im Scheidengewölbe getastet werden können; später wird ihr Gewebe derber. Die Uterusatrophie hatte bei den Tuberculösen immer die concentrische Form. Der Uterus war in toto kleiner, die Sondenlänge desselben sank bis auf 2—3 cm herab. Die Portio wird klein und schlaff, vollständig verstrichen war sie in keinem Falle. Der Uterus befindet sich durchaus nicht immer in Retroversion, wie dies von anderer Seite behauptet wurde. An der Scheide und den äusseren Genitalien sind die atrophischen Veränderungen weniger ausgesprochen. Was die feineren anatomischen Veränderungen anlangt, so geht am Ovarium vorerst das drüsige Gewebe zugrunde und wird durch Bindegewebe ersetzt. Beim Uterus wird zuerst das Corpus, dann das Collum atrophisch; die Schleimhaut ist verdünnt und zeigt manchmal cystische Veränderungen. Die klinischen Symptome beziehen sich vor Allem auf die Menstruation; die Menses cessiren, indem vorerst die Pausen immer länger werden. Manchmal beobachtet man atypische Blutungen. Hie und da ist Ausfluss, Ziehen nach abwärts u. dgl. zu beobachten. Die Libido ist ungeschwächt, die Conceptionsfähigkeit bleibt erhalten; es fehlen überhaupt diejenigen Erscheinungen, wie sie infolge anticipirten Klimax beschrieben werden. Betreffs der Diagnose ist die Constatirung der kleinen Organe massgebend; doch erschwert der Umstand, dass man ihre frühere Grösse nicht gekannt hat, die sichere Beurtheilung. Die Sonde darf nur mit der grössten Vorsicht benützt werden, da das atrophische Gewebe gleichzeitig morsch und brüchig ist. Die Section hat gezeigt, dass die Veränderungen zuerst am Ovarium auftreten; doch ist die Uterusatrophie nicht als secundär im wahren Wortsinne aufzufassen, da sie nicht durch die Ovarialatrophie bedingt ist; beide Zustände gehen vielmehr neben einander her. Die Pathogenese betreffend, kann man die Veränderung nicht als entzündliche auffassen; das Naheliegendste wäre, eine mit dem sonstigen Gewebschwund des Körpers einhergehende Consumptionsatrophie anzunehmen; dagegen spricht aber die Thatsache, dass der Grad der Atrophie vom sonstigen Ernährungszustande unabhängig ist. Es würde am besten passen, auch hier wie bei der Atrophie durch Morbus Basedowii und Myxödem, toxische Einflüsse anzunehmen.

Zu den sicher toxischen Atrophien gehört die Atrophie bei Morphinismus (Löwenstein) und bei Diabetes mellitus, wovon auch Fischer zwei Fälle gesehen hat; auch hier ist die Atrophie nicht parallel mit der Schwere der Erkrankung und dem sonstigen Ernährungszustande. Die Form der Atrophie ist dieselbe, wie bei der Tuberculose.

Von Genitalatrophie bei Diabetes insipidus sind zwei Fälle bekannt, von Voss und Kohn; doch handelte es sich im Falle Voss um angeborene Veränderungen. Bei 8 Fällen von Nephritis hat Fischer keine Atrophie constatiren können.

Eine andere Gruppe interner Erkrankungen, welche Genitalatrophie veranlassen können, sind die Infectionskrankheiten; Vortragender hat nach dieser Richtung bei 3 Fällen von Typhus, bei Gelenkrheumatismus und Influenza positive Befunde gesehen, welche durch entzündliche Veränderungen des Ovarium hervorgerufen werden. Geht die zuerst bestehende Oophoritis in Heilung über, dann bleibt die Uterusatrophie aus. Blutungen in das Ovarialgewebe mit Zerstörung desselben sind in der Literatur infolge von Cholera und Septikämie beschrieben worden; natürlich werden die Veränderungen bei Infectionskrankheiten wegen der anderweitigen schweren Erscheinungen nicht beachtet. Zum Theil wird auch hier die Atrophie auf toxische Einflüsse zurückzuführen sein. Nahe verwandt sind die Atrophien, wie sie infolge chronischen Alkoholismus vorkommen, und welche als analog mit der Cirrhose in der Leber anzusehen sind. Bei Phosphor-, Arsenik- und Quecksilbervergiftungen kommen parenchymatöse Degenerationen der Genitalien vor.

Eine dritte Gruppe wären die durch Nervenerkrankungen hervorgerufenen Atrophien; einer der frühesten Beobachter auf diesem noch vielfach unerforschten Gebiete war Scanzoni, welcher hochgradige Atrophie bei Lähmung beider unteren Extremitäten beschrieb. In einem Falle von Paraplegie, welchen der Vortragende gesehen hat, fehlte die Atrophie. Ueber atrophische Veränderungen bei Psychosen konnte Fischer keine Untersuchungen anstellen.

Im Anschlusse wären noch die Atrophien bei Chlorose und Fettsucht anzuführen; in ersterer Beziehung rühren Beobachtungen von Thorn und Kleinwächter her; Fischer selbst konnte keine positiven Befunde erheben; er glaubt, dass es sich hier nur um eine primär mangelhafte Entwicklung der Genitalien handle (Virchow). Von Fettsucht hat Vortragender 20 Fälle untersucht, und zwar 8 mit positivem Ergebniss. Die Beschwerden sind hier ähnlich, wie die im Klimakterium auftretenden. Bezüglich der Entscheidung, ob die Fettsucht oder die Atrophien das primäre und bedingende seien, muss in jedem einzelnen Falle die zeitliche Aufeinanderfolge der klinischen Symptome massgebend sein. Findet man in einem Falle von Fettsucht das Stroma des Ovarium noch erhalten, so muss man die Fettsucht als das zuerst entstandene ansehen.

Von Einzelbeobachtungen anderer Forscher ist ein Fall von Genitalatrophie bei Morbus Adisonii von Simpson und ein Fall von Druckatrophie durch ein Convolut von Därmen bei Ileus von Jaquet anzuführen. In letzterem Falle war der Uterus so klein, dass er bei der Section kaum gefunden werden konnte.

Was die Therapie anlangt, so wäre hier eigentlich gar nichts zu erwähnen, wenn man sich nicht über die Fütterung mit Ovarialtabletten äussern müsste, wie sie Chrobak auf seiner Klinik

eingeführt hat; Fischer hat in den von ihm beobachteten Fällen nicht sehr ermunternde Erfolge gesehen. Ry.

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Vom 8. bis 11. April 1896.

(Fortsetzung.*)

Bruns (Tübingen): Ueber die therapeutische Anwendung der Schilddrüsen-Präparate auf chirurgischem Gebiete.

Die Veranlassung zu der Anwendung der Schilddrüsentherapie in der Chirurgie sind die traurigen Folgeerscheinungen gewesen, welche die Chirurgen in den 80er Jahren im Anschluss an die unter dem Schutze der Antisepsis kühn gewagte Totalexstirpation der Kröpfe auftreten sahen. Diese Entkropfungskachexie (operatives Myxödem) wurde daher auch der erste Gegenstand der Schilddrüsentherapie, nachdem Schiff gezeigt hatte, dass Thiere den Schilddrüsenverlust ertragen, wenn ihnen vorher eine Schilddrüse in die Bauchhöhle eingepflanzt wurde. Beim Menschen freilich erwies sich diese Form der Therapie unzulänglich. Erst die Injection des Schilddrüsensaftes und die Verabreichung der Schilddrüsensubstanz ergaben bei spontanem wie operativem Myxödem dauernde Erfolge.

Viel ausgedehnter ist das Gebiet der Schilddrüsentherapie bei der häufigsten Erkrankung der Schilddrüse, dem Kropf.

Der Gedanke, das beim Verlust der Schilddrüse wirksame Secret der Drüse auch bei der kropfigen Vergrösserung derselben zu verwenden, erscheint ja von vornherein paradox. Die Anregung hiezu gab Bruns die Beobachtung an einem Kinde mit sporadischem Cretinismus, bei dem durch die Schilddrüsenfütterung auch die vorhandene Struma günstig beeinflusst wurde und auffallend rasch sich verkleinerte. Diese Beobachtung veranlasste Bruns zu systematischen Versuchen, welche seit beinahe zwei Jahren mit Erfolg fortgesetzt worden sind. Wie befriedigt die Kranken selbst von dem neuen Mittel sind, erhellt aus der Thatsache, dass Bruns jetzt schon über 350 Fälle behandelt hat. Ausgeschlossen sind nur die Fälle von reinem Cystenkropf, welche nicht beeinflusst werden, und die Strumen bei Basedow'scher Krankheit, welche sich nach Bruns' Erfahrung zur Schilddrüsenbehandlung nicht eignen. Denn die Strumen selbst werden nur ausnahmsweise verkleinert, die Herz- und nervösen Erscheinungen meist verschlimmert.

Die Behandlung bestand nur anfänglich in Fütterung mit frischer Schilddrüsensubstanz, dann ausschliesslich in Darreichung von englischen Schilddrüsentabletten, von denen bei Erwachsenen niemals mehr als täglich 2, bei Kindern $^1/_2$ bis 1 Stück gegeben wurden. Bei diesen kleinen Gaben kamen die bekannten Nebenerscheinungen fast gar nicht zur Beobachtung; nur 3 Kropfkranke waren bezüglich der Wirkung auf's Herz so empfindlich, dass die Behandlung ganz aufgegeben wurde.

Das neue Schilddrüsenpräparat, das Baumann'sche Thyrojodin, ist bisher in 24 Fällen zur Anwendung gekommen. Soweit diese kleine Zahl von Beobachtungen ein Urtheil gestattet, steht das Thyrojodin den englischen Schilddrüsentabletten an Wirksamkeit bei Kropf nicht nach. Die Controle wurde in allen Fällen in der Art geübt, dass die ersten 2—3 Wochen hindurch Thyrojodin und dann die Tabletten gereicht wurden: Fast niemals haben die letzteren noch eine weitere Verkleinerung zu bewirken vermocht. Nur die Angabe von Baumann, dass die Wirkung des Thyrojodin früher erfolgt, als die der Tabletten, kann Bruns nicht bestätigen.

1. Die grosse Mehrzahl der Strumen ist der Schilddrüsenbehandlung zugänglich, indem sowohl die Geschwulst, als die von ihr abhängigen Beschwerden mehr oder weniger zurückgehen. Nur der vierte Theil der Kröpfe bleibt unbeeinflusst.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1895, Nr. 16—19, 22 u. 23.

2. Eine vollständige Rückbildung der Strumen wird nur ganz ausnahmsweise (8% der Fälle) erzielt, wohl aber in einem Dritttheil der Fälle eine bedeutende Abnahme der Gesehwulst bis auf kleinere Reste mit vollständiger Beseitigung der Beschwerden. Bei einem weiteren Dritttheil der Kropfkranken kommt nur eine mässige Verkleinerung zustande.

3. Die Erklärung hierfür liegt wohl allein in der verschiedenen Natur des Kropfes, für welche wiederum die Zeitdauer seines Bestehens von Bedeutung ist, weil mit der Zeit immer mehr Degeneration und regressive Processe platzgreifen. Je kürzere Zeit also die Struma besteht, um so eher erfolgt ihre Rückbildung.

4. Schon nach den ersten Gaben von Schilddrüsensecret beginnt der Erfolg sich einzustellen, nach 4—6 Tagen ist bereits der Halsumfang messbar verkleinert und die Athmung freier. Ebenso pflegt auch die Dauer der Rückbildung in kurzer Zeit abzulaufen; unter 300 Fällen ist die Verkleinerung in 60 Percent der Fälle nach 2 Wochen, in 40 Percent nach 3—4 Wochen erreicht worden.

5. Von den verschiedenen Formen von Kröpfen ist nur eine einzige, die einfache hyperplastische Struma, der Schilddrüsenbehandlung zugänglich; hier ist aber auch die Wirkung eine unbedingt sichere und prompte.

Der Rückgang betrifft also ausschliesslich das die Knoten einhüllende und verbindende hyperplastische Schilddrüsengewebe, während die eingelagerten Knoten zurückbleiben und sich nicht verkleinern. Bleiben nur kleine Reste zurück, so kommt der Erfolg dem einer vollständigen Heilung nahe; aber auch eine mässige Verkleinerung der Kropfgeschwulst ist für den Kranken oft von ausserordentlichem Nutzen, wenn sie ausreicht, um die Druckerscheinungen zu lindern oder ganz zu heben.

Eine grössere Reihe von Nachuntersuchungen an solchen Kranken, die mit günstigem Erfolg behandelt worden waren, hat ergeben, dass in mehr als $^3/_4$ der Fälle der Kropf nach dem Aussetzen der Schilddrüsenbehandlung wieder nachwächst. Das Recidiv pflegt schon 1—2, zuweilen erst 3—4 Monate nach dem Abschluss der Behandlung sich einzustellen. Es genügt jedoch bei diesen Kranken, in bestimmten Zwischenräumen die Darreichung kleiner Gaben fortzusetzen, um den Recidiven vorzubeugen, — Grund genug, um die Bedeutung der Recidive nicht allzu hoch anzuschlagen.

Wie wirkt nun das Schilddrüsensecret? Bruns hat versucht, auf experimentellem Wege zu ermitteln, welche Veränderungen in dem Kropfgewebe vor sich gehen, das sich unter dem Einfluss der Schilddrüsenbehandlung zurückbildet. Die Versuche wurden an 14 Hunden angestellt, welche sämmtlich mit grösseren, zum Theil recht grossen Kröpfen behaftet waren. Zuerst wurden die beiden Strumahälften freigelegt, genau gemessen und dann aus denselben kleinere Stücke zur mikroskopischen Untersuchung ausgeschnitten. Nun wurden die Thiere mit Schilddrüsentabletten täglich verschieden lange Zeit, 4 Tage bis 6 Wochen lang, gefüttert und schliesslich die Kröpfe entfernt, um wieder zur mikroskopischen Untersuchung verwendet zu werden. Schon für das blosse Auge ist die Wirkung der Fütterung sehr auffällig. Die Geschwülste sind nach allen Dimensionen bedeutend verkleinert, nach dem Gewichtsverlust bemessen um 40—80 Percent, durchschnittlich um 62 Percent. Die Drüsen haben eine derbere Beschaffenheit angenommen, sind viel weniger succulent und blutreich. Der absolute Blutgehalt der Struma wurde bei einem Versuchsthiere an der einen Seitenhälfte vor der Behandlung, an der anderen nach dreiwöchentlicher Fütterung auf spektrophotometrischem Wege bestimmt; er betrug vorher 20, nachher 13 Percent des Gewichts der Drüse.

In der Hundestruma zeigen sich folgende Veränderungen: Nach 14tägiger Fütterung statt der dichten Schnittfläche ein von zahlreichen groben Lücken durchbrochenes, weitmaschiges Gewebe. Man sieht lauter grosse, ziemlich dünnwandige Follikel, welche sämmtlich mit grossen Colloidballen erfüllt sind. Das Epithel der Drüsenbläschen ist entsprechend der stärkeren Ausdehnung derselben etwas verschmälert und abgeflacht, sonst aber an Kernen und Protoplasma völlig normal. Es hat also das colloidarme Kropf-

gewebe das Gepräge einer in voller Leistung befindlichen normalen Schilddrüse angenommen, also mit einem Wort Rückkehr zur Norm.

Diese Umwandlung ist schon vier Tage nach Beginn der Behandlung deutlich zu erkennen und erreicht nach 14 Tagen ihren Höhepunkt. Sie vollzieht sich durch zweierlei Vorgänge: Der auffälligere ist die gewaltige Zunahme des Colloids, offenbar das Product einer gesteigerten Secretion, welche die Erweiterung zahlreicher Follikel zur Folge hat. Daneben geht einher der Schwund und Untergang zahlreicher Follikel und zwar so zahlreicher, dass er für die Verkleinerung des ganzen Organs auf die Hälfte oder ein Drittel seines früheren Umfanges verantwortlich zu machen ist. Der Follikelschwund erfolgt nicht auf dem Wege irgend einer Form von Zell- oder Kerndegeneration, sondern auf dem der einfachen Atrophie. Allenthalben kennzeichnet sich der Untergang der Drüsenbläschen durch eine Verdickung des bindegewebigen Stromas, in welches Follikel in allen Stadien atrophischer Verkleinerung bis zu immer kleineren epithelialen Zell- und Kernhäufchen eingestreut sind. Offenbar wird der Follikelschwund durch die specifischen Drüsennerven vermittelt, die ja neuerdings bis in die Nähe des Follikelepithels verfolgt worden sind.

Bruns Schlusssätze lauten: Von den verschiedenen Kropfsorten wird nur die follikuläre Hyperplasie durch die Schilddrüsenbehandlung günstig beeinflusst, aber diese in sicherer und prompter Weise.

Magnus-Levy (Berlin): Gaswechsel und Fettumsatz bei Myxödem und Thyreoideazufuhr.

Vortragender berichtet über seine Respirationsversuche bei Myxödem und Thyreoideazufuhr; sie wären zur Entscheidung der Frage angestellt, ob bei der Entfettung durch die Schilddrüsentabletten-Therapie wirklich ein erhöhter Fettverbrauch, ein vermehrter Energieansatz im Körper statthabe. In der That konnte ein solcher in einzelnen Fällen deutlich nachgewiesen werden, daran, dass früher oder später der Sauerstoffverbrauch der Versuchsperson sich auf Werthe einstellte, die um 10, 15 und 25 Percent über den Ausgangswerthen lagen. Der absolute Werth des Fettverbrauches, der sich aus diesem Versuche berechnen lässt, ist nicht sehr erheblich; Vortragender berechnet sie zu etwa 50 g Fett pro die für einen 90 kg schweren Mann. Diese «Entfettung» ist verhältnissmässig so gering, dass Magnus-Levy diesen Vortheil gegenüber den sonstigen Schädigungen der Therapie als ganz zu vernachlässigen ansieht, um so mehr als nach Magnus-Levy eine derartige Entfettung durch Erhöhung des Ruheumsatzes nur dann zu Stande kommt, wenn Eiweiss vom Körper abgegeben wird, d. h. also wenn anscheinend eine «Vergiftung» stattfindet. — Eine ganz enorme Vermehrung des Sauerstoffverbrauches von 2·8 cm^3 bis auf 5·5 cm^3 Sauerstoff pro Körperkilo und Minute trat bei einem Individuum ein, als dasselbe 20 Tage mit je 3 englischen Tabletten gefüttert wurde. — Während der Ruheumsatz des unbeeinflussten Myxödemfalles mit 2·8 cm^3 unter dem Mittel normaler Menschen (3·5—4·5 cm^3) steht, ist der von Basedowkranken häufig sehr weit über diesen Werthen (5·0 bis 6·5 cm^3). Der Gegensatz zwischen beiden Krankheiten, der seit langer Zeit von verschiedenen Seiten betont wird, erfährt durch diese Untersuchung eine neue Beleuchtung und Bestätigung. Vortragender sieht in der That den erhöhten Umsatz der Basedowkranken als eine Folge des Hyperthyreoidismus, den geringeren des Myxödems als Hypothyreoidismus an, ohne die nervöse Seite des Morbus Basedow ganz zu läugnen. Magnus-Levy legt besonderen Werth auf die principielle biologische Bedeutung der Frage. Zum ersten Mal sei hier festgestellt, dass es Substanzen gibt, die den ruhenden Körper zu einem Mehrumsatze veranlassen, er hält es für besonders interessant, dass solche Substanzen im Körper selbst entstehen, dass der Körper also auf rein chemischem Wege seinen Verbrauch zu regeln, respective zu stimuliren vermag.

(Fortsetzung folgt.)

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. Von Dr. Friedrich Schauta, k. k. o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Wiener Universität. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1895.

Diese «Darstellung der physiologischen und pathologischen Functionen der weiblichen Sexualorgane im schwangeren und nichtschwangeren Zustande,» als welche der Verfasser sein Werk auf dem Titelblatte bezeichnet, liegt nunmehr vollendet vor. «Unzweifelhaft» schrieb kurz nach Ausgabe der ersten Lieferung A. Martin*), welchem das Buch zugeeignet ist, »erwarten mit uns die Fachgenossen mit Spannung die weiteren Lieferungen, von denen das erste Heft verspricht, dass das neue Lehrbuch eine bedeutungsvolle Bereicherung der Lehrmittel bilden wird, welche Studenten und Aerzten zu ihrer Belehrung und Berathung dargeboten werden». Der Gedanke, dass Gynäkologie und Geburtshilfe zwei innig mit einander zusammenhängende, untrennbare und ohne einander nicht existenzfähige Fächer seien, bildete für Schauta die Triebfeder für die Herausgabe des vorliegenden Werkes. Wenn wir von C. v. Braun's 1881 erschienenem Lehrbuch der gesammten Gynäkologie absehen, sind wir trotz dieser allgemein anerkannten Zusammengehörigkeit beider Disciplinen bisher gewohnt, den Stoff derselben in getrennten Büchern abgehandelt zu sehen, und wir greifen in ein anderes Fach unseres Bücherkastens, je nachdem wir z. B. über Placenta prävia oder über Totalexstirpation des Uterus nachlesen wollen. Schauta bietet uns nun ein Buch, welches in dem Rahmen von 1147 Seiten die gesammte Gynäkologie und Geburtshilfe vereinigt. Der berühmte Verfasser hat dabei, wie er sich wohl bewusst ist, zum Theile mit älteren Traditionen gebrochen. Er hat sein Werk auf einer gänzlich neuen Eintheilung aufgebaut. Er ist auf Widerspruch vorbereitet, aber er hat gewiss einen bedeutungsvollen Schritt nach vorwärts gethan. Sicherlich werden Dank und Anerkennung dem grossen Unternehmen, das unsägliche Mühe und viel Zeit erfordert hat, nicht ausbleiben!

Das 1. Capitel bringt die Anatomie des Uterus, der Eileiter, Eierstöcke, Nebeneierstöcke, Scheide, Vulva, des Beckens und seiner Weichtheile und der Brustdrüsen, sowie die Entwickelungsgeschichte der weiblichen Genitalorgane im nichtschwangeren und schwangeren Zustande. — Kurz und überaus klar wird die Bildung des unteren Uterinsegmentes geschildert, welches sich «aus dem Körper differenzirt.» — Die Walcher'sche Hängelage wird gleich bei der Anatomie des Beckens erörtert.

Im 2. Capitel finden wir zunächst Ovulation und Menstruation abgehandelt. Schauta schliesst sich der Meinung jener an, welche die zeitliche Unabhängigkeit der Letzteren von der Ersteren annehmen, woraus sich auch die Möglichkeit der Conception zu jeder Zeit des Menstruationsintervalles erklärt. Tägliche mehrmalige Reinigung mit lauem Wasser, das Tragen einer Menstruationsbinde, Vermeidung von Vaginalausspritzungen (bei Gesunden), von kalten und warmen Bädern, von stärkeren Bewegungen, Tanzen, Reiten, Schlittschuhlaufen etc., regelmässige Entleerung von Blase und Darm, kurz Reinlichkeit und Ruhe sollen während der Menses beobachtet werden. — Nun folgt die Physiologie der Schwangerschaft (der Befruchtung, der Schwangeren, die Entwicklungsstadien der Frucht, reifes Ei und Frucht, Physiologie des Fötus, Diagnose und Hygiene der Schwangerschaft). Physiologie der Geburt und des Wochenbettes beschliessen den Abschnitt. Schauta hält es für angezeigt, «wenn die Leitung der Geburt wissenschaftlich geschulten Geburtshelferinnen oder wie in England den Aerzten, auch bei uns übergeben würde und der Beistand der Hebammen sich auf die Wartung und Pflege der Gebärenden und Wöchnerin beschränken würde.»

Entwicklungsfehler, Hyperämie, Hämorrhagie, Thrombose, Embolie, Degeneration, Atrophie und Nekrose, Lage- und Gestaltveränderungen, Neubildungen, Verletzungen, Infectionskrankheiten, Parasiten, Fremdkörper und Neurosen der weiblichen Genitalien — das ist der Inhalt des 3. Capitels. Die verschiedenen Arten der Hämatocelen werden eingehend geschildert und durch Abbildungen

*) Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Von Martin und Sänger, Band II, Heft 4.

illustrirt. Anteflexio ohne Beschwerden bedarf keiner Behandlung. Stenose des Halskanals wich in mehreren Fällen Schauta's der intrauterinen Galvanisation Bei Retrodeviationen des Uterus wird, wenn Massage und Pessar im Stiche lassen, falls sie beweglich sind, die vaginale Fixation, falls fixirt oder mit Adnexerkrankungen complicirt, die Ventrifixation für die beste Operation gehalten. — Zur Differentialdiagnose von Myom und partieller Retroflexio uteri gravidi muss ein Lig. rotundum vorne, das andere hinten per rectum nachgewiesen werden. — Der Stiel einer Ovariencyste heisst rechts gedreht, wenn er vom Uterus aus in der Weise gewunden ist, wie eine Wendeltreppe, deren Spindel man beim Emporsteigen zur rechten Hand hat. Das Küstner'sche Drehungsgesetz wird vollkommen bestätigt. — Carcinome sind dauernd heilbar. Jegliche Behandlung von an Blutung oder Ausfluss leidenden Kranken ohne gründliche Untersuchung, ist geradezu ein Kunstfehler. — Laparotomie bei Uterusruptur ist nur bei completen Zerreissungen mit Austritt der Frucht in's Cavum peritonei absolut indicirt, sonst entscheiden innere und äussere Umstände über die Wahl der Therapie. — Puerperalgeschwüre werden nicht mit Jodtinctur, Endometritis puerperalis nie mit der Curette behandelt. — Der heutige Standpunkt in der Gonorrhoefrage wird von Schauta, an dessen Seite bekanntlich Wertheim wirkt, eingehend erörtert. Zu starke und schwache Wehen werden unter den Neurosen des Uterus abgehandelt. Secale darf nur dann gegeben werden, wenn, falls es im Stiche lässt, die sofortige Entbindung möglich ist. Gegen Pruritus vulvae hat sich dem Verfasser Diachylonsalbe besonders bewährt.

Die Ueberschrift des 4. Capitels lautet: «Anomalien und Krankheiten des gesammten Körpers und seiner Organe in ihren Wechselbeziehungen zu den normalen und pathologischen Functionen der weiblichen Genitalorgane.» — «Die Berücksichtigung dieses Zusammenhanges soll der Arzt, besonders aber der Specialarzt nie aus dem Auge, verlieren.» Der Verfasser steht auf dem Standpunkte P. Müller's und H. Eisenhart's, auf deren bekannte ausführliche Werke er hinweist. Bei den Nierenerkrankungen wird die Eklampsie besprochen und die Vorschläge Dührssen's werden im Allgemeinen vollkommen gebilligt. Sectio caesarea komme nur in Ausnahmsfällen in Betracht. — Der Zusammenhang von Psychosen und Genitalleiden wird besonders betont.

Das 5. Capitel ist den Anomalien des Eies gewidmet. Der Gebrauch der Curette bei der Therapie des Abortus wird nur zur Entfernung kleinerer Eireste, und auch dann nur unter Leitung des Fingers, gestattet, sonst Tamponade und digitale Entfernung, eventuell nach Dilatation des Cervix. — Jede diagnosticirte Extrauteringravidität sei operativ zu behandeln. — Mehrfache Schwangerschaften sind pathologisch. Superfötation sei möglich, aber bisher noch nicht erwiesen. — Schauta's Ansichten über Geburtsmechanismus etc. sind aus des Verfassers «operativer Geburtshilfe» bekannt. — Die Hofmeier-Kaltenbach'sche Theorie über die Entstehung der Placenta prävia sei lückenhaft und keine zwingende Nothwendigkeit vorhanden, die alte Lehre zu verlassen. Wendung nach Braxton-Sticks, bei ihrem Misslingen intrauterine Colpeuryse, beherrschen die Therapie derselben.

Der Inhalt des 6. Capitels «Anomalien des knöchernen Beckens» ist aus Schauta's Monographie im zweiten Bande des P. Müller-schen Handbuches bekannt. Die Becken werden nach ihrer Entstehung eingetheilt.

Das 7. Capitel ist überschrieben: «Geburtshilflich-gynäkologische Untersuchung.» Vor derselben wird der Finger mit Vaselin schlüpfrig gemacht. Die Probeexcochleation ist besser durch Dilatation und Austastung der Uterushöhle zu ersetzen. Für inficirte Hände wird eine Abstinenzzeit von zweimal 24 Stunden gefordert. Desinfection der Hände nach Fürbringer, der Seide nach Sänger (Soda-Carbol-Sublimat). Operationen werden nie im Bett vorgenommen. Nun wird die Technik kleinerer therapeutischer Eingriffe wie Irrigationen, Tamponade, Drainage, Pessar-Therapie, Massage, galvanische Behandlung, Naht etc. geschildert. Der Knopfnaht wird unbedingt der Vorzug gegeben. Der Abschnitt gibt ein fesselndes Bild, wie an der Schauta'schen Klinik Aseptik und Antiseptik gehandhabt und Operationen vorgenommen werden.

Das 8. Capitel «die geburtshilflichen Operationen» ist im engen Anschlusse an des Verfassers «Grundriss der operativen Geburtshilfe» gehalten, der jüngst in 3. Auflage erschienen ist. Die Symphyseotomie, deren Mortalität für die Mütter nach Neugebauer 11·1% beträgt, wird besonders bei Kopflagen, bei einer Conjugata von 7—9 cm zur Rettung des Kindes empfohlen und verdiene bei zweifelhafter Asepsis den Vorzug vor Sectio caesarea aus relativer Indication. Am besten sei die Symphysennaht mit starkem Silberdraht.

«Im 9. Capitel ‚Gynäkologische Operationslehre'», sagt Schauta in der Vorrede, «musste ich mich der möglichsten Kürze befleissigen . . . . ich habe mich beschränkt, im Allgemeinen die Technik der Operationen so zu schildern, wie ich sie übe, und auch die Indicationsstellung so zu formuliren, wie es den Grundsätzen meiner Klinik entspricht. Dadurch hat allerdings gerade dieser Abschnitt eine sehr subjective Färbung bekommen.» Hauptindicationen für die Discissio cervicis sind Stenose des Orificium externum und conische Form der Portio. — Bestehende Adnexerkrankung contraindicirt die Excochleation. — Bei vaginaler Uterusfixation wird in jedem Falle das Peritoneum eröffnet. Um zu feste Verwachsung zu vermeiden, wird die Verkürzung der Ligamenta rotunda per vaginam ausgeführt. (Wertheim.) — Bei Uterusamputation mit extraperitonealer Stielversorgung trägt Schauta den Uterus erst nach Schluss der Bauchhöhle ab. Die abdominelle Totalexstirpation, welche jeder Art von intraperitonealer (retroperitonealer) Stielversorgung vorzuziehen sei, ergab bei 61 Myomen 5, bei 10 Carcinomen 7 und bei 36 Adnexoperationen 3 Todesfälle. — Die Entfernung der gesammten Adnexe des Uterus ist angezeigt: 1. Bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, wenn schwere Störungen der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit vorhanden sind, 2. bei Tubarschwangerschaft 3. bei Tuberculose der Tube, wenn die Erkrankung auf letztere beschränkt ist, und 4. bei Neubildungen der Tube. — Eiter wird während der Operation untersucht; enthält er Streptococcen oder Staphylococcen, so wird die Jodoformgazedrainage nach Mikulicz ausgeführt. — Bei gonorrhoischer Adnexerkrankung macht Schauta, da er bisher nur 56·6% vollkommen befriedigende Dauerresultate aller Adnexoperirten feststellte, nunmehr principiell die Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe und ist mit den Erfolgen dieser Methode sehr zufrieden.

Wir haben uns bemüht, den Lesern in kurzen Schlagworten ein möglichst übersichtliches Bild über dieses Werk zu geben und hoffen dadurch die Lust, das Original zu studiren, rege gemacht zu haben. Der gewaltige Stoff ist in neun Capitel eingetheilt. Zahlreiche Abbildungen unterstützen den Text in wirksamster Weise. Druck und Ausstattung sind tadellos. Die Diction entbehrt nicht eines gewissen Schwunges, ohne dabei jene klare Ausdrucksweise vermissen zu lassen, welche ja die mündlichen Vorträge des Verfassers in so hohem Grade auszeichnet. So ist denn Martin's Wort in Erfüllung gegangen, und was das erste Heft versprochen hat, das hat das ganze Werk gehalten, zu werden «eine bedeutungsvolle Bereicherung der Lehrmittel.» Hink.

Zeitungsschau.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. LVI. Band, 5. und 6. Heft.

M. Simmonds (Hamburg): Ueber Nierenveränderungen bei atrophischen Säuglingen.

Auf Grund von 60 Leichenbefunden an Pädatrophie verstorbener Säuglinge ist Simmonds zur Ueberzeugung gelangt, dass die bei den atrophischen Säuglingen ausserordentlich häufigen Nierenläsionen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf die bestehende Mittelohrentzündung zurückzuführen sind, ja, dass diese durch verschiedene Mikroben (relativ häufig durch den bei Erwachsenen unschuldigen Bacillus pyocyaneus) hervorgerufene Otitis media mit der consecutiven Nierendegeneration als eine der häufigsten Todesursachen atrophischer Säuglinge anzusehen ist, deren Wichtigkeit bisher namentlich gegenüber Magendarm- und katarrhalisch-pneumonischen Affectionen vernachlässigt wird.

Johann Haferkorn (Dresden): Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie.

Der von Haferkorn beobachtete Fall, ein 11jähriges Mädchen betreffend, bietet neben dem typischen Befunde das Interessante, dass die gleichzeitig bestehende Leukorrhoe auf eine lymphangiektatische Veränderung der Scheidenschleimhaut bezogen werden kann, analog der der äusseren Haut. Zwar vermuthete man diese Ursache schon lange für die bei Lymphangiektasien des Beines und der äusseren Genitalien öfters beobachtete Leukorrhoe, doch wurde die charakteristische Veränderung der Vaginalschleimhaut noch nicht beobachtet. Auch in dem von Haferkorn berichteten Fall steht die mikroskopische Bestätigung dafür aus, dass es sich um Lymphangiektasien und Lymphorrhagien der Scheide handle, das äussere Bild aber spricht mit der grössten Wahrscheinlichkeit dafür: Die beiden Labia majora und die Clitoris bei Ruhe, nach längerer Bewegung auch die kleinen Labien, das Hymen und die untere Hälfte der Scheide zeigen zahlreiche gelblich-weiss durchscheinende hirsekorn- bis linsengrosse, theils vereinzelt stehende, theils in Reihen angeordnete und dann theilweise confluirende Erhabenheiten, die durch Druck zu vorübergehendem Verschwinden gebracht werden können, und bei deren Anstechen unter geringem Druck spärliche weisslichgefärbte Flüssigkeit herabrinnt, deren mikroskopische Untersuchung Gehalt an Lymphocyten und rothen Blutkörperchen ergibt (Entweichen von Gas aus den angestochenen Bläschen wurde nicht beobachtet). Eine spontane Berstung von Bläschen konnte nur einmal beobachtet werden, wahrscheinlich infolge Reibens der Kleidungsstücke. Der beschriebene Zustand der Scheidenschleimhaut, welche ja anatomisch fast dieselben Verhältnisse wie die Haut bietet, ist genau so anzusehen, wie die Veränderungen an den Labien und am Bein. Die Leukorrhoe ist eine Absonderung von Lymphe aus kleinen Spalträumen der sich in die Scheide vorwölbenden Ektasien. Haferkorn weist auf die Verwandtschaft der beschriebenen Veränderung der Scheidenschleimhaut mit der Kolpitis emphysematosa (Kolpohyperplasia cystica) hin. Nach seiner Meinung ist der mit ungebührlichem Nachdruck betonte Gasgehalt der Cysten bei der genannten Affection so zu erklären, dass durch die als bestehend anzunehmenden kleinen Continuitätstrennungen der Blasenoberflächen, durch welche das Aussickern der leukorrhoischen Flüssigkeit erfolgt, auf umgekehrtem Wege ein Eintreten der von Eisenlohr und Klein nachgewiesenen Bacterien stattfindet, die ihrerseits sich in der stauenden Lymphflüssigkeit leicht weiter entwickeln und zur Gasbildung Anlass geben können. Eine Uebersicht über die bisher in der Literatur erschienenen Fälle von Lymphangiektasia simplex (Birch-Hirschfeld), zu denen auch der mitgetheilte gehört, und über das bisher über die Pathogenese des Zustandes Ermittelte beschliesst die Arbeit.

J. v. Maximowitsch (Warschau): Zur Innervation der Gefässe in den unteren Extremitäten.

Verfasser theilt eine grosse Reihe von Versuchen mit, die ihn zu folgenden Schlüssen führen: 1. In gemischten Nerven, wie z. B. im Ischiadicus, befinden sich gefässcontrahirende und gefässdilatirende Fasern. Im normalen Nerven befinden sich diese Fasern in einem gewissen Tonus, der vom allgemeinen Tonus der Gefässe im Organismus abhängig ist, wie auch von automatischen Vasomotoren, die in den Wänden grosser und kleiner Gefässe vorhanden sind; 2. das Durchschneiden des Nervus ischiadicus ruft eine Erweiterung der Gefässe hervor, die Reizung des Nerven mit rythmischen Inductionsschlägen eine Erweiterung der Gefässe in den peripherischen Arterien und eine Temperatursteigerung in der Pfote. Dieselbe Wirkung üben auf den Nerven kleine Dosen Chloralhydrat aus: 3. die Reizung des Nervus ischiadicus mit tetanischen Strömen ruft Sinken der Temperatur in der Pfote hervor, respective Contraction der Gefässe. Der tetanische Strom bildet ein Excitans für die gefässcontrahirenden Nervenfasern, indem die Temperatur nach dem Aufhören der Reizung zur Norm zurückkehrt; die Reizung mit rhythmischen Inductionsschlägen ruft Erweiterung der Gefässe infolge der Excitation der gefässdilatirenden Nerven hervor. Wenn bei gleicher Stromkraft die Reizung mit rhythmischen Inductionsschlägen weniger als der tetanische Strom wirkt, so ist das von der Qualität des Reizes, wie auch von den biochemischen Processen im durchschnittenen Nerven abhängig. Die Durchschneidung des Nervus ischiadicus ruft einerseits maximale Reizung, hauptsächlich der gefässerweiternden Nervenfasern, andererseits allmäliges Absterben dieser Nerven hervor; 4. Chloralhydrat ruft in kleineren Dosen Reizung, hauptsächlich der gefässerweiternden Nerven, hervor; in grossen Dosen aber lähmt es das Nervengewebe und ruft paralytisches Fallen der Temperatur in der Pfote hervor; 5. Nicotin ist ein energisches Reizmittel der gefässcontrahirenden Nervenfasern, das bisweilen den tetanischen Strom übertrifft, und seine Wirkung hält viel länger als die des tetanischen Stromes an.

A. Sokolowski: Ueber die idiopathische fibrinöse Bronchitis. (Vorgetragen in der Warschauer medicinischen Gesellschaft am 30. April 1895.)

Sokolowski hatte Gelegenheit, in den letzten Jahren vier Fälle dieser nicht zu häufigen Krankheit zu beobachten. Der erste mitgetheilte Fall entspricht dem in der Literatur als typisch bezeichneten Bilde: von Zeit zu Zeit constant auftretende Expectoration charakteristischer fibrinöser Bronchialabgüsse, Abwesenheit deutlicher physikalischer Veränderungen in den Lungen, constant afrebriler Verlauf, sehr lange nicht alterirter Allgemeinzustand. Auffallend war in diesem Falle nur, dass die Intermissionen zwischen den Zeiten der Expectoration der Gerinnsel immer kürzer wurden, so dass im letzten (4.) Jahre der Krankheit tagtäglich Bronchialabgüsse ausgehustet wurden, ferner, dass diesen von allem Anfang an mehr weniger reichlich Blut beigemengt war (die sehr oft wiederholte Untersuchung auf Koch'sche Bacillen hatte immer negatives Resultat). Der Tod erfolgte unter den Zeichen hochgradigster Erschöpfung, an der der continuirliche Blutverlust sicher grossen Antheil hatte. Der zweite Fall, einen 30jährigen Arzt betreffend, ist durch die Art des Einsetzens, wie durch seinen Verlauf gleich merkwürdig. Nach einigen, durch 3 Tage auftretenden, gänzlich unmotivirt erscheinenden leichten Dyspnoeanfällen, in deren Intervallen leichte Respirationsbeschleunigung bei normaler Körpertemperatur und bis auf vereinzelte Rhonchi sibilantes vollständig negativem Untersuchungsbefund fortbestand, drei Wochen lang tägliche Schüttelfröste mit nachfolgendem hohem Fieber, reichlichem Schweisse und ungemein heftigem Sinken der Herzthätigkeit; am 8. Krankheitstage Aushusten circa 2—3 cm langer fibrinöser Gerinnsel in spärlichem schleimig-eitrigen Sputum. Sehr häufige, erschöpfende Hustenanfälle, die weiterhin immer reichlicher schleimig-eitrigen Auswurf zu Tage förderten, der in den ersten Tagen noch Fibringerinnsel enthielt. Die bacteriologische Untersuchung des Auswurfs ergab die Anwesenheit von Staphylococcus pyogenes albus et aureus, bezüglich deren es unklar bleibt, ob sie eine Secundärinfection bedeuten, oder in causale Beziehung zum croupösen Katarrh gebracht werden dürfen. Die physikalische Untersuchung der Lungen ergab in der zweiten Krankheitswoche neben reichlichen, pfeifenden Geräuschen Subcrepitationen rechts seitlich unten mit unbestimmtem Athemgeräusch, welche Veränderungen sich bald auch auf der anderen Seite einstellten. Nach circa vierwöchentlichem Bestehen des skizzirten Bildes trat der Kranke in die Reconvalescenz, die Schüttelfröste und das Fieber verschwanden langsam, der Husten nahm ab, der Befund auf den Lungen kehrte zur Norm zurück, der Allgemeinzustand hob sich rasch; vollständige Genesung nach 3 Wochen. Der dritte Fall, den Sokolowski mittheilt, ist weniger in klinischer als in pathogenetischer Beziehung interessant; eine 21jährige Frau expectorirt, nachdem sie sich 2 Tage vorher abgeschlagen gefühlt hatte, in einem heftigem Hustenanfall Bronchialgerinnsel; im Laufe der nächsten Tage bei leichtem intermittirendem Fieber, sonstigem Wohlbefinden, häufige Hustenanfälle, die immer mit dem Aushusten charakteristischer circa 3 cm langer Gerinnsel aus dem Bronchialbaum enden; nach 10 Tagen bleibt Patientin aus der Behandlung weg. Die Gerinnsel zeigten Auffallendes bei der mikrochemischen Untersuchung: sie enthielten eine sehr geringe Fibrinmenge und bei der mikroskopischen zeigten sie eine Menge Charcot-Leyden'scher Krystalle und Curschmann'scher Spiralen, wodurch der Auswurf im geschilderten Falle grosse Aehnlichkeit mit dem bei Bronchialasthma entleerten gewann. Sokolowski glaubt, dass

leichte Fälle, wie der eben mitgetheilte, öfter vorkommen, als sie beobachtet oder erkannt werden; namentlich Verwechslungen mit Bronchialasthma und «Influenza» mögen häufig genug sich ereignen. Der vierte Fall betrifft einen Phthisiker, der im 5. Jahre seiner Erkrankung plötzlich unter heftigen Hustenanfällen, Fibringerinnsel aushustete, darunter solche von bedeutender Länge (10 cm). Die Expectoration wiederholte sich in den nächsten 18 Tagen bis zum Exitus der Kranken noch öfters in der Weise. Sokolowski ist der Ansicht, dass manche in der Literatur als primärer Croup verzeichnete Fälle dem zuletzt beschriebenen ähnlich seien. Mit aller Vorsicht will Sokolowski aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse ziehen: 1. Die acute fibrinöse Bronchitis ist eine Krankheit von dem Typus einer reinen Infectionskrankheit und möglicherweise bildet die Infection durch Staphylococcus alb. et aur. die wesentliche Ursache des Leidens. Die typischen ganz acuten Fälle sind selten, häufiger wahrscheinlich die leichteren Formen; dieselben werden jedoch übersehen und mit Bronchialasthma verwechselt, mit dem sie eine gewisse klinische Verwandtschaft zeigen. 2. Die sogenannte chronische Fibrin-Bronchitis ist ein vollkommen dunkler Process, von einer vom acuten Process ganz verschiedenen Aetiologie, ein Process, welcher mit letzterem einzig und allein wegen der charakteristischen Abgüsse, die auch bei anderen Krankheiten, wie Tuberculose, Herzkrankheiten u. s. w. vorkommen, identificirt ist; 3. die Lungentuberculose scheint in der Aetiologie der chronischen Bronchitis fibrin. von sehr untergeordneter Bedeutung zu sein.

Gumprecht (Jena): Ueber Herzpercussion in vornübergebeugter Körperhaltung.

Die Differenz der Angaben der hervorragendsten Internisten über die Percussionsverhältnisse des Herzens, die zunächst den technischen Schwierigkeiten der Untersuchungsmethode entspringt, veranlasste Gumprecht, die schon von Drescher angegebene Herzpercussion in vornübergebeugter Körperhaltung an einer grossen Zahl normaler und pathologischer Herzen auszuführen und ihre Resultate mit denen der gewöhnlichen Methoden zu vergleichen. Er fasst seine Erfahrungen folgendermassen zusammen: Die absolute Herzdämpfung gewinnt in vornübergebeugter Körperhaltung an Umfang, Intensität und Resistenz. Während die absolute Herzdämpfung in Rückenlage öfters infolge von Lungenemphysemen oder Magendarmtympanie verschwindet, wird sie in vornübergebeugter Körperhaltung stets nachweisbar. Vermöge der Percussion in vornübergebeugter Haltung wird eine Reihe von bisher nicht erkennbaren Herzhypertrophien der Diagnose zugänglich, in erster Linie die linksseitigen, durch Emphysem maskirten Altershypertrophien (Arteriosklerose, Schrumpfniere) weniger regelmässig die rechtsseitigen Hypertrophien.

Marschner (Prag): Casuistische Beiträge zur Lehre von der chronischen recidivirenden Tetanie, mit Beobachtungen über die Schilddrüsen-Fütterung bei derselben.

Die fünf mitgetheilten Fälle bieten einige bemerkenswerthe Details, die interessantesten wohl der erste, bei dem es sich um eine im Prodromalstadium einer Pleuropneumonie auftretende Tetanie handelt, die neben den typischen Befunden auch eine beiderseitige Neuritis optica aufweist, welche parallel mit den anderen Symptomen sich ziemlich zurückbildet. Die ersten 4 Fälle zeigen übereinstimmend nicht nur die galvanische, sondern auch die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln gesteigert. Der 5. Fall ist ein im unmittelbaren Anschluss an eine Punctio abdominis (Carcinoma ventriculi et peritonei) auftretender vereinzelter Tetanieanfall, den Marschner als cerebrales Reizsymptom, ausgelöst durch den chirurgischen Eingriff, auffassen möchte. Schilddrüsenfütterung zeigte in keinem der Fälle einen Einfluss auf die Tetanie, einerlei, ob eine Struma vorhanden war oder nicht.

Fr. Lanz (Prag): Ueber den Stickstoff- beziehungsweise Eiweissgehalt der Sputa bei verschiedenen Lungenerkrankungen und den dadurch bedingten Stickstoffverlust für den Organismus.

Das 24stündige, von Speiseresten möglichst freigehaltene Sputum verschiedener Kranken, zeigte nach Kjeldahl auf seinen Stickstoffgehalt untersucht, folgendes Verhalten: bei Phthisikern ist das Mittel des Percentgehaltes mit 0·6795 zu beziffern. Das Mittel des täglichen Stickstoffverlustes mit 0·6609 gr, einer Menge, die bei dem chronischen Verlaufe der Tuberculose immerhin bedeutungsvoll wird, wenn auch Renk's Ansicht, dass diese Verluste die rasche Abmagerung der Phthisiker erklären könnten, nicht berechtigt erscheint. Eine den verschiedenen Phasen des Lungenprocesses entsprechende Aenderung des Stickstoffgehaltes des Sputums konnte nicht gefunden werden. Die Befunde bei Pyopneumothorax und Gangräna pulmonum können nicht gut verwerthet werden, die ersten, weil dem Sputum Eiter aus dem Pleurasack beigemengt war, die letzten, weil die Patienten mit schon länger bestehender Gangrän in decrepidem, die Expectoration beeinträchtigendem Zustand aufgenommen wurden. Der Stickstoffgehalt des pneumonischen Sputums ist ein ausserordentlich hoher, von 0·7—1·7%, in erster Linie jedoch dem Blutgehalt zuzuschreiben, indem mit dem Verschwinden des Blutes ein bedeutendes Sinken der Stickstoffmenge eintritt. Dass er doch bei der typisch kurzen Dauer der Pneumonie relativ bedeutungslos ist, liegt auf der Hand, ebenso dass er von der Ausbreitung des Processes beeinflusst wird. C. F.

G. M. Meier (New-York): **Aristol in der Chirurgie.**

Meier verwendet seit vier Jahren Aristol mit ausgezeichnetem Erfolg als Ersatzmittel des Jodoforms. Das Mittel wird entweder in Pulver- oder Salbenform oder in Verbindung mit Collodium gebraucht. Zu gleichen Theilen mit Borsäure gemischt, eignet es sich vorzüglich zu Einblasungen in die Nase und bringt den bei Ozäna vorhandenen üblen Geruch rasch zum Verschwinden. Bei chronischen Otorrhöen versiegt der Ausfluss nach Anwendung des Aristol-Borsäurepulvers rascher, als nach Borsäure allein. Bei stark secernirenden Geschwüren tritt nach Anwendung dieser Mischung ein baldiger Stillstand der Secretion ein. Das Geschwür trocknet und es schiessen gesunde, frische Granulationen auf. Bei Unterschenkelgeschwüren tritt nach Anwendung reinen Aristolpulvers rasche Heilung ein. Das Aristol-Collodium (0·15 : 30·0) wurde zunächst bei genähten Wunden verwendet, welche es in aseptischem Zustande erhält. Bei Erysipel leistet das Aristol-Collodium sehr gute Dienste. Hier kommt nicht nur der gleichmässige Druck des Collodiums in Betracht, sondern auch der Einfluss des Aristols auf die Streptococcen. Bei Carcinom verwendet Meier reines Aristolpulver nach vorangegangener Cauterisation mit Kupfersulfat, welches dem Silbernitrat weit vorzuziehen ist. Bei Verbrennungen und Erfrierungen. hat Meier durch die Anwendung des Aristols nach vorherigem Gebrauch des Kalkliniments bessere Resultate erzielt, als nach jeder anderen Behandlung. Brandwunden wurden nach entsprechender Reinigung mit einer Aristolsalbe (3·75 : 30·0 Ung. smpl.) bedeckt, auf welche einfache Watte gelegt wird, die man mittelst Binden fixirt. Die Wunde bleibt trocken und heilt sehr rasch ohne Geruch und Secretion. Der Verband wir alle 2—3 Tage gewechselt. Die bei dieser Behandlung zurückbleibenden Narben sind weniger prominent und neigen weniger zur Retraction, als bei anderen Behandlungsmethoden. Schliesslich empfiehlt Meier das Aristolpulver bei Endometritis nach Cauterisation oder Auskratzung. — Bei dieser Gelegenheit sei auch die von Pollak empfohlene Anwendung des Aristols gegen Struma erwähnt. Man verwendet:

Rp. Aristoli 0·5—3·0
Aetheris 5·0
Sap. Kal. op. Spir. 5·0, liquef. 30·0

MDS. Abends aufzustreichen. Darüber ein Priessnitz-Umschlag. Morgens abzuwaschen und Ungt. Acid. boric. einzureiben.

XXV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.*)

Die Jubiläumsfeier der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat gehalten, was versprochen worden war, sie bot einen glänzenden Rückblick über die chirurgischen Errungenschaften des verflossenen Vierteljahrhunderts. Nach einer stimmungsvollen Eröffnungs-

*) Die Referate über die wichtigeren Vorträge werden wir demnächst publiciren. Die Redaction.

rede v. Bergmann's, in welcher der grossen Todten, vor Allem Langenbeck, Billroth, Volkmann, Thiersch, Simon, gedacht wurde, hörte man zunächst Esmarch, den Schöpfer der methodischen Blutsparung, über die Entstehung und die Erfolge seiner Erfindung sprechen. Dann gab Bruns, dem wir die Behandlung der Strumen durch Schilddrüsenfütterung verdanken, eine übersichtliche Darstellung der Entwicklung der modernen operativen und nicht operativen Kropftherapie. König, der um die Erforschung der Knochen- und Gelenkstuberculose unablässig erfolgreich Thätige, zeigte, wie sich die Lehre von der Localtuberculose allmälig zu ihrer jetzigen Klarheit entwickelt hat. Dass die Chirurgie des Magendarmkanals vor Allem den letzten 25 Jahren angehört, bewies auf's Neue der Festvortrag Wölfler's. Sonnenburg, der beinahe 200 Operationen am Wurmfortsatz ausgeführt hat, besprach die chirurgische Therapie der Appendicitis. Der Erfinder der Cholecysteetomie, Langenbuch, entwickelte in anschaulicher Darstellung die Geschichte der Operationen an den Gallenwegen. Zu diesen streng chirurgischen Festvorträgen gesellten sich die Vorträge von Ohlshausen und Jürgens, von denen Ersterer die Principien der vaginalen Uterusexstirpation in vortrefflicher Weise erörterte, während der Letztgenannte über einen interessanten Protozoenbefund in Sarkomen und die gelungene Verimpfung dieser Tumoren berichtete.

Durch diese Vorträge wurde ein grosser Theil der sonst für die gewöhnlichen Congressverhandlungen bestimmten Zeit in Anspruch genommen, so dass für die übrigen Vorträge, Demonstrationen und Discussionen nicht allzu viel Zeit übrig blieb. Wenn trotzdem das Programm formell zu Ende geführt werden konnte, so ist dies dem Umstande zuzuschreiben, dass nur Vorträge von Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zugelassen wurden, und dass eine nicht unbeträchtliche Zahl von Mitgliedern die angemeldeten Demonstrationen, respective Vorträge zurückzog, weil mit Rücksicht auf die Kürze der Zeit dem Einzelnen nur wenige Minuten für seinen Vortrag zur Verfügung gestellt werden konnten. So entfielen eine Reihe von Demonstrationen und Vorträgen, denen des Autors oder des Themas wegen grösseres Interesse entgegengebracht wurde, während manche Vorträge, die nichts Neues brachten, mit voller Ausnützung der gestatteten Zeit vorgebracht wurden. Es ist dies ein Vorgang, der nachgerade auf allen medicinischen Versammlungen und Congressen typisch wird und der einer Correctur, respective Abschaffung dringend bedarf. Der Fehler wird nicht beseitigt werden, solange die angemeldeten Vorträge in ihrer Reihenfolge von einem Comité, respective Vorsitzenden bestimmt werden, dem der Inhalt dieser Vorträge nur so weit bekannt ist, als er sich aus dem Titel errathen lässt. Es wäre an der Zeit, einen Usus einzuführen, der es ermöglicht, die interessanten Vorträge auf Kosten der unbedeutenderen in den Vordergrund der Verhandlungen zu stellen, und es wäre auch an der Zeit, dem Unfug zu steuern, dass Autoren Versuchsergebnisse, Methoden oder casuistische Beiträge, die sie schon früher einmal publicirt haben, nochmals in Form von Vorträgen veröffentlichen. Ausnahmen mögen gelegentlich der Besprechung besonders wichtiger Fragen gestattet sein, und wenn z. B. eine so actuelle Frage, wie die der Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation häufiger von denselben Forschern erörtert wird, so kann man dies mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Sache und die Aenderungen, die die Ansicht der einzelnen Autoren gerade hier in der kürzesten Zeit durchgemacht hat, nur willkommen heissen. Hingegen lässt sich nicht einsehen, warum z. B. die längst publicirte Bardenheuer'sche Knochenspaltung auf dem Congress nochmals ohne Beibringung principiell neuer Thatsachen mitgetheilt werden musste. Ebensowenig nothwendig erscheint es auch, dass die zuerst von Halban und Hlavacek angegebene, dann von Hofmeister zweimal publicirte Methode der Catgutsterilisirung von dem letztgenannten Autor noch ein drittesmal durch einen Vortrag auf dem Congress der Oeffentlichkeit übergeben wurde (ohne dass übrigens Hofmeister die Thatsache erwähnt hätte, dass die ersten Angaben über diese Methode nicht von ihm, sondern von einem anderen Autor stammen). Dass es daneben an guten und lehrreichen Vorträgen nicht gefehlt hat, ist selbstverständlich. Vor Allem sei hier der Vortrag Kehr's über 200 Gallenblasenoperationen erwähnt, der inhaltlich und formell gleich befriedigend war. Auch die Mittheilungen Küster's, Nicoladoni's und Rehn's waren lehrreich und werthvoll. Gerade der Umstand aber, dass die letztgenannten Autoren für ihre interessanten Mittheilungen nur relativ kurze Zeit in Anspruch nahmen, während andere Vortragende für ihre Mittheilungen von problematischem Werthe viel mehr Zeit occupirten, führt uns zu dem schon angedeuteten Vorschlag zurück, dass künftighin bei allen medicinischen Congressen eine sachgemässe Bestimmung der Reihenfolge der Vorträge stattfinden solle. Dies ist aber selbstverständlich nur möglich, wenn dem vorbereitenden Comité der wesentliche Inhalt der angemeldeten Vorträge bekannt ist. Daher sollte Jedermann, der eine Anmeldung einsendet, verpflichtet sein, eine Skizze seiner Mittheilung einzusenden. Das Comité könnte nun je nach der Wichtigkeit, respective Originalität der Arbeit, den Platz derselben bestimmen, das weniger Werthvolle für die letzten Sitzungen aufsparen und, wie schon berührt, bereits vorher publicirte Mittheilungen von einer nochmaligen Veröffentlichung in den Congressverhandlungen ausschliessen. Widmet sich das Comité einer solchen Aufgabe mit Ernst, so wird es sich zweifellos manche erbitterte Gegner schaffen; Diejenigen aber, denen es darum zu thun ist, bei Gelegenheit medicinischer Versammlungen Neues zu sehen und zu hören, wären für eine solche Reform der Programme, die sich immer mehr als eine zwingende Nothwendigkeit herausstellt, gewiss nur dankbar. S.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Die Aerzte und die Kaltwassercuren. Bei dem hervorragenden Einfluss, welche die Publicistik in immer steigendem Maasse gewinnt, ist es nicht zu wundern, dass dieselbe sich nicht nur der Fragen des allgemeinen Unterrichtes, sondern auch der des Fachunterrichtes bemächtigt. Im Wesentlichen wäre gegen deren Erörterung auch nichts einzuwenden, wenn die betreffenden Fragen von sachkundiger Seite mit der für ein grosses Publicum nöthigen Beschränkung behandelt werden. Die Beschränkung zeigt in diesem Falle nicht nur den Meister, sie nützt auch der vertretenen Sache am meisten. Es scheint uns, als wenn gerade medicinische Themen einer besonderen Sorgfalt und eines feinen Taktes bedürften. Denn es gibt ja wohl kein Gebiet des menschlichen Wissens, von welchem Jedermann, der sich auch nie damit ernstlich beschäftigt hat, mehr zu kennen glaubt, als gerade von der Medicin, und auf keinem Gebiete wird auf den angeblich gesunden Menschenverstand hin, der zur Verhüllung des crassesten Blödsinnes missbraucht wird, mehr gesündigt, als von Laien in der Medicin. Zu diesen Bemerkungen veranlasst uns ein in der Sonntagsnummer der «N. Fr. Pr.» vom 7. d. M. erschienener Artikel eines Herrn Dr. J. Sadger, betitelt «Die Aerzte und die Kaltwassercuren». Es kommt uns, wie wir gestehen wollen, nicht leicht, dagegen zu polemisiren. Das Blatt, welches den genannten Artikel aufgenommen hat, steht als politisches Blatt so hoch und erfreut sich eines Kreises von so illustren Mitarbeitern, dass es uns vom journalistischen Standpunkte nicht passen würde, mit ihm zu streiten, und der einzige, allerdings gewichtige Vorwurf, den wir der «N. Fr. Pr.» machen müssen, ist der, dass sie in einer mindestens fachlich wichtigen Frage sich nicht des Gutachtens eines Sachverständigen versichert hat. Herr Dr. J. Sadger andererseits verdankt die Ehre dieser unserer Polemik nur der Ehre, dass sein Scriptum in der «N. Fr. Pr.» Aufnahme gefunden hat. Was jenes Scriptum selbst betrifft, so ist vor Allem zu bemerken, dass heute wohl kein Arzt die Bedeutung der Hydrotherapie verkennt, und dass man selbst, mit einigem Zwange die erste offenbar inspirirte Hälfte des Artikels unterschreiben könnte. Uns persönlich erscheint allerdings das Verlangen nach Kliniken für Hydrotherapie zu weit gehend. Die Möglichkeit, auf den inneren Kliniken Hydrotherapie zu treiben, könnte auch auf anderem Wege gegeben werden. Woher übrigens Herr Dr. J. Sadger seine klinischen und namentlich seine pädagogischen Erfahrungen geholt haben mag? Sie werden wohl ebensoweit her sein, wie die Bemerkung, dass die Hydrotherapie unbestrittene (!) Herrscherin ist bei anatomischen (!) und functionellen Nervenkrankheiten. Alles Uebrige, was Herr Dr. J. Sadger leistet, könnte sowohl was den Ton, als auch was den Inhalt betrifft, besser von einem der modernen «Naturheil-

kundigen», als von einem Arzte gesagt sein. Dass die «Blaublutmedicin» aus «Schuldünkel» vor der Wasserbehandlung Scheu habe, weil ihr Erfinder ein Bauer gewesen sei, ist ein so sinnloses Gerede, dass es von einem «studirten» Mann geradezu unverständlich erscheint. Es ist «läppisch», denkenden Aerzten zuzumuthen, dass sie jede hydriatische Wirkung auf Suggestion zurückführen, sowie dass sie, nachdem sie mit ihrem Latein zu Ende sind, den Kranken zum Wasserdoctor schicken und weiter schimpfen. Dicta, wie das von der Unwirksamkeit der ellenlang benamseten chemischen Mittel oder das von der gründlich unverstandenen Discussion in Wiesbaden über die Schädlichkeit der Fiebermittel aus der «lateinischen Küche» oder das von der «Digitalispeitsche» geben Zeugniss einerseits von der klinischen Bildung, andererseits von der Collegialität des Urhebers. Ueber den literarischen Geschmack, der sich in derartigen Redensarten kundgibt, wollen wir kein Wort weiter verlieren. Der an sich zweifellos guten Sache kann durch solche Anwälte nur geschadet werden. Die Hydrotherapie selbst freilich und ihr wegen seiner klinisch-experimentellen Arbeiten, sowie wegen seiner praktischen Thätigkeit mit Recht hochgeschätzter legaler Vertreter Prof. Winternitz werden allerdings sogar solche Freunde ertragen Dank der unermüdlichen Wirksamkeit des genannten Forschers ist die Hydrotherapie so sehr in den allgemein gebräuchlichen Arzneischatz eingedrungen, dass sie auf die allzu durchsichtige Reclame des Herrn Dr. J. Sadger verzichten kann.

* Auszeichnungen. Dem Regierungsrathe und em. Director des Erzherzogin Sophien-Spitales in Wien, Dr. Emil Rollet wurde der Orden der Eisernen Krone III. Classe, dem Gemeindearzte Franz Obernhuber in Helfenberg und dem praktischen Arzte in Wr.-Neustadt, Dr. Anton Stadler, das goldene Verdienstkreuz verliehen.

— Prag. Der Professor der Pharmakologie an der czechischen Universität, Dr. Bohuslav v. Jiruš, hat den Titel eines k. k. Hofrathes erhalten.

— Leipzig. Der Geheime Medicinalrath und Professor der Physiologie, Dr. Ewald Hering, wurde zum Ehrenmitgliede der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien ernannt.

* Wiener Aerztekammer. In der am 2. Juni l. J. stattgefundenen 23. Kammerversammlung wurde nach Bekanntgabe der Einläufe der Kammervorstand ermächtigt, im Falle einer weiteren Verzögerung der Erledigung der von den annoncirenden Aerzten gegen die vom Ehrenrathe gefällten Erkenntnisse überreichten Recurse in einer motivirten Vorstellung an das h. k. k. Statthalterei-Präsidium um die endliche Erledigung dieser seit December 1895 anhängigen Recurse zu ersuchen. Die Anträge des von der Kammer zur Berathung der Gründung von Wohlfahrts-Instituten eingesetzten Comités zur Gründung eines Unterstützungsfondes der Wiener Aerztekammer wurden in den aus Folgendem ersichtlichen Grundzügen angenommen: Anträge zur Gründung eines Unterstützungsfondes der Wiener Aerztekammer: 1. Die Wiener Aerztekammer beschliesse die Gründung eines Unterstützungsfondes. 2. Als Stammkapital wird ein «Kaiser Jubiläumsfonds» durch Sammlungen gestiftet, an deren Spitze sich die Kammer mit dem Betrage von 5000 fl. Rente stellt. 3. Als Zeit zur Activirung des Jubiläumsfondes i. e. des Beginnes der Auszahlungen von Unterstützungen an nothleidende Collegen oder deren Witwen und Waisen wird der Tag des Jubiläums unseres allergnädigsten Kaisers fixirt. — Beschluss der Wiener Aerztekammer über die Errichtung eines Unterstützungsfondes: 1. Die Wiener Aerztekammer gründet einen Unterstützungsfonds, um Angehörige des Wiener Kammersprengels oder deren Witwen und Waisen im Falle der Bedürftigkeit eine Unterstützung zu gewähren. 2. Anspruch auf solche Unterstützung haben nur jene Aerzte und Witwen und Waisen jener Aerzte, welche nachweisbar durch mindestens 10 Jahre ununterbrochen in Wien etablirt waren. 3. Der Unterstützungsfonds besteht: a) aus dem Gründungsfonde, b) aus dem disponiblen Fonde; a) der Gründungsfonds wird gebildet aus dem Kaiser Jubiläumsfonds, aus Geschenken, Legaten etc. und ist unantastbar, b) disponibler Fond. Dieser wird gebildet aus dem Zinsenerträgnisse des Gründungsfondes und aus der von der Wiener Aerztekammer aus den Jahresbeiträgen jährlich zu bestimmenden Dotation. Von diesem disponiblen Fonds dienen 75% zur Auszahlung der Unterstützungsbeiträge, 25% und die nach Rechnungsabschluss etwa sich ergebenden Ueberschüsse werden dem Gründungsfonds zugeschlagen. 4. Die Unterstützungsbeiträge sind nur als einmalige Spende und nach Massgabe der vorhandenen Mittel zu bewilligen. 5. Unterstützungsgesuche sind an den Vorstand der Wiener Aerztekammer zu richten. 6. Der Vorstand erstattet der Kammer halbjährlich über den Stand und die Gebahrung des Fondes in einer Kammersitzung Bericht. 7. Dem Vorstande der Kammer obliegt die Verwaltung des Unterstützungsfondes. (§ 11 K.-G.) 8. Die Errichtung des Unterstützungsfondes erfolgt sofort nach Beschluss der Kammer. Die Activirung, i. e. die Auszahlung der ersten Unterstützung findet am 2. December 1898, dem Jubiläumstage Sr. Majestät, statt. Auf dieser Grundlage wird die Geschäftsordnung dieses Unterstützungsfondes ausgearbeitet und der Kammer zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Kammer ermächtigte zugleich den Vorstand und das Comité für Wohlfahrtsinstitute, sich behufs Durchführung dieser Beschlüsse mit den Wiener ärztlichen Corporationen und mit dem vom ärztlichen Vereine des IX. Bezirkes gewählten Comité in Verbindung zu setzen. Hierauf wurden die Anträge des Krankenkassen-Comités, betreffend eine an das Abgeordnetenhaus zu richtende Petition einstimmig angenommen, in welcher die Bitte gestellt wird, das Abgeordnetenhaus möge den § 115a des von der Regierung vorgelegten Gesetzentwurfes über die Abänderung und Ergänzung der Gewerbeordnung dahin abändern, dass von der geplanten Errichtung von Meisterkrankenkassen Abstand genommen werde. Dem Antrage des Vorstandes gemäss wurde weiters eine Eingabe an die Statthalterei einstimmig beschlossen, in welcher theils dem Auftrage derselben zur Abänderung einiger Bestimmungen der Geschäftsordnung entsprochen, theils gegen einzelne verlangte Abänderungen im Interesse einer erspriesslichen Geschäftsführung der Kammer Vorstellung erhoben wird. Ferner wurde über einen in der letzten Kammerversammlung gestellten Antrag nach längerer Debatte mit Stimmenmehrheit beschlossen, das Bedauern darüber auszusprechen, dass ein ärztlicher Verein in einer sämmtliche Aerzte Wiens betreffenden Angelegenheit (Entwurf eines ärztlichen Honorartarifes) mit Umgehung der Kammer selbstständig vorgegangen sei.

† Der ehemalige Professor für Geburtshilfe in Strassburg, Dr. Stoltz ist in Andlau und Prof. Russel Reynolds in London gestorben.

* Herr Hofrath Dr. Stadelmann, dirigirender Arzt am Krankenhaus Urban, übernimmt am 1. Juli d. J. die Redaction der «Berliner Klinik».

Curse.

Assist. Dr. Kreidl: Praktische Physiologie. Beginn: 9. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: 15 fl. Kleiner physiologischer Hörsaal.

Prof. Dr. v. Reuss: Poliklinik der Augenkrankheiten. Beginn: 10. Juni. Dauer: 6 Wochen. Honorar: Doctoren 15 fl., Studenten 10 fl. Poliklinik. Von 11—12 Uhr Mittags.

Prof. Dr. Kassowitz: Krankheiten des Kindesalters. Beginn: 15. Juni. Dauer: 5 Wochen. Honorar: Doctoren 15 fl., Studenten 5 fl. I., Steindlgasse. Von 2—3 Uhr Nachmittags.

Doc. Dr. Salzmann: Refractions- u. Accommodationsanomalien. Beginn: 15. Juni. Dauer: 5 Wochen. Honorar: Doctoren 21 fl. Klinik Fuchs. Von 11—12 Uhr Mittags.

Assist. Dr. Spiegler: Hautkrankheiten: Beginn: 15. Juni. Dauer: 6 Wochen. Honorar: Doctoren 20 fl., Studenten 10 fl. Klinik Kaposi. Von 11—12 Uhr Mittags.

Doc. Dr. Schustler: Urologische Operationen an der Leiche. Beginn: 16. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: 10 fl. Patholog.-anatom. Institut im allgemeinen Krankenhaus. Zweimal wöchentlich, Stunde nach Uebereinkommen.

Assist. Dr. Alt: Ohrenheilkunde. Beginn: 17. Juni. Dauer: 5 Wochen. Honorar: 20 fl. Klinik Prof. Dr. Gruber. Stunde nach Uebereinkommen.

Prof. Dr. Chiari: Laryngo- und Rhinoskopie. Beginn: 18. Juni. Dauer: 5 Wochen. Poliklinik. Von 11—12 Uhr Mittags.

Assist. Dr. Wojer: Geburtshilflich-diagnostischer Curs für Aerzte. Beginn: 18. Juni. Honorar: 60 fl. 5 Hörer. Klinik Schauta. 1/46 Uhr Nachmittags.

Doc. Dr. Wertheim: Gynäkologisch-diagnostischer Curs. Beginn: 19. Juni. Honorar: 60 fl. 5 Hörer. Klinik Schauta. 4 Uhr Nachmittags.

Doc. Dr. Hüttenbrenner: Impfcurs. Beginn: 20. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: 5 fl Karolinen-Kinderspital, Schubertgasse 23.

Assist. Dr. Knauer: Geburtshilfliche Diagnostik, Therapie und Operationen. Beginn: 1. Juli. Dauer: 4 Wochen. Honorar: 50 fl. Klinik Chrobak.

Verantwortlicher Redacteur: Adolf Bauer. Verlag von Alfred Hölder in Wien. Druck von M. Engel & Söhne in Wien.

WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde

sowie für die

Interessen des ärztlichen Standes

unter Mitwirkung der Professoren

Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), Docent **Heymann** (Berlin), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Thiry** (Brüssel)

redigirt von

Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die **„Wiener klinische Rundschau“** erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 bis 2½ Bogen. — **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Frcs., halbjährig 12 Frcs. 50 Ctms. — **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. — Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen (Manuscripte, Briefe, Drucksachen), sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien, I.,** Rudolfsplatz 12, zu richten.

X. Jahrgang. — Wien, 21. Juni 1896. — Nr. 25.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Aus der k. k. böhmischen chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Maydl in Prag.

Casuistischer Beitrag zur Magenchirurgie.

Von

Dr. O. Kukula,

klin. Assistenten.

(Schluss.*)

Betrachten wir nun diese Fälle näher, so ergibt sich, dass dieselben, meinen Fall eingeschlossen, in mancher Beziehung einander, wenn nicht vollkommen gleich, so doch sehr ähnlich sind.

Bei fast allen manifestirten sich die subjectiven Symptome der Magengeschwüre, bestehend in Schmerzen in der Magengegend, die meistens an einer Stelle localisirt waren und bei einigen nach Nahrungsaufnahme intensiver wurden; nebst diesen Schmerzen trat ein zeitweiliges Erbrechen auf, und auch bei fast allen Appetitlosigkeit. Magenblutung trat nur in dem Falle Mikulicz' in allererster Zeit und in einem ganz mässigen Grade auf.

Es hätten nun jedenfalls diese Symptome auf die Diagnose eines Ulcus ventriculi führen können und hatten im Falle Czerný (I) die Vermuthung der Anwesenheit eines solchen erweckt, wenn eben nicht das Vorhandensein einer Geschwulstbildung oder die eines harten Stranges die Diagnose einer durch Ulcus hervorgerufenen Induration, wenn nicht ganz in den Hintergrund gestellt, so doch wenigstens recht unsicher gemacht hätte.

Czerný stellte die Diagnose auf eine Dilatation des Magens infolge eines Ulcus und wollte deshalb eine Gastroenterostomie vollführen; die Indication zur Operation war eine Dilatatio ventriculi infolge narbiger Verengerung des Pylorus.

Mikulicz schritt zur Operation wegen einer gänseeigrossen Geschwulst, ohne dass eine Diagnose gestellt werden konnte; auch im Falle Cordua (III) und Bergmann (V) war die Indication zur Operation ein auf der vorderen Fläche des Magens aufsitzender verdächtiger Tumor. Auch ich schritt zur Operation, indem ich den Verdacht auf ein Sarkom der vorderen Magenwand hatte!

Es wurde demnach in keinem Falle die Diagnose richtig gestellt und es war in vier Fällen die Gegenwart eines Tumors, endlich in einem Falle eine angenommene Pylorusstenose, die die Operation indicirte.

Es entsteht nun die Frage, ob diese Indication, nämlich das Vorhandensein eines Tumors, hinreicht, überhaupt eine Operation vorzunehmen. Nach dem heutigen Stande unseres Wissens können wir wohl diese Frage mit einem entschiedenen Ja beantworten; das Vorhandensein eines Tumors, über dessen Natur wir durch die bisherigen Untersuchungsmethoden nicht immer eine genaue Kenntniss erlangen können, die durch denselben ausgelösten Schmerzen und Beschwerden indiciren hinreichend eine Probelaparotomie. Wir wissen aus Erfahrung, dass die schnell wachsenden Geschwülste gewöhnlich einen malignen Charakter haben; es ist deshalb unsere Pflicht, wenigstens eine Probelaparotomie vorzunehmen, sich von der Natur des Tumors zu überzeugen und eventuell dann gleich die Exstirpation der Neubildung vorzunehmen.

Anders verhält es sich mit der Frage der Berechtigung einer Gastrectomie, nachdem bei der Eröffnung der Bauchhöhle die ulceröse Natur des Tumors erkannt wurde.

Nach den reichen Erfahrungen der Internisten ist ausser Zweifel gestellt, dass Magengeschwüre spontan heilen können; die Bildung von Adhäsionen und Verwachsungen mit den Bauchdecken ist nun auch eine Art spontaner Heilung des nach aussen perforirenden und an der Vorderfläche des Magens

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 21—24.

sitzenden Magengeschwürs; sie bilden sozusagen einen Sicherheitsverschluss gegen tödtliche Perforationen, den man durch die Therapie immer zu erreichen wünscht. Wenn man also gegebenen Falles solche schützende Adhäsionen, einen Tumor vortäuschend, bei der Laparotomie findet, warum eine Resection behufs Exstirpation des unschädlich gemachten Ulcus vornehmen? Die äusserst seltenen Fälle von Perforation eines Magengeschwüres im Bereiche der Adhäsionen nach aussen durch die Bauchdecken, das Entstehen einer Magenfistel, was wohl als schlimmste Folge zu betrachten wäre, ist jedenfalls zu geringfügig, als dass man eine Gastrectomie, die noch heute als ein ziemlich ernster Eingriff betrachtet werden muss, vornehmen müsste.

Diesen Auseinandersetzungen zufolge sollten wir die Excision des adhärenten Magengeschwürs als überflüssig bezeichnen und gestehen, dass dieselbe sogar contraindicirt war, indem um einen zu geringen Preis, nämlich um die Entfernung eines ungefährlichen Magengeschwürs, eine Operation auf Leben und Tod unternommen wurde.

Wenn wir vor der Operation wüssten, dass es sich um ein Magengeschwür mit Adhäsionenbildung, die einen Tumor vortäuschen, handle, dann wären diese Vorwürfe jedenfalls gerechtfertigt. Doch trotz der heute vorgeschrittenen Diagnostik der Magenkrankheiten können wir manchmal auch nach Eröffnung der Bauchhöhle nicht entscheiden, ob die sich präsentirende Geschwulst eine Induration nach Ulcus oder ein Neugebilde ist; wie oft exstirpirte Pylorustumoren makroskopisch als Stenosen nach Ulcus, mikroskopisch dann als scirrhöse Carcinome constatirt wurden, ist bekannt. Bei einer klein angelegten probatorischen Gastrotomie kann es leicht passiren, dass wir über die Natur des Tumors nicht volle Gewissheit erlangen; eine grössere explorative Gastrotomie ist dann aber fast ein geradeso gefährlicher Eingriff.

Bedenken wir nun noch die lästigen subjectiven Symptome, die Schmerzhaftigkeit, das lästige Erbrechen, die Abnahme an Körpergewicht, wie sie in den Fällen von Czerný, Bergmann und meinem Falle eingetreten sind und endlich die Erfolglosigkeit der internen Therapie, dann wird die operative Entfernung gerechtfertigt. Bei schmerzlosen, Tumore vortäuschenden Magengeschwüren wäre es jedenfalls ein Fehler, eine so gefährliche Operation vorzunehmen. Wenn dagegen bei verdächtigen, schnell wachsenden Tumoren die subjectiven Symptome stets zunehmen, wenn die interne Therapie erfolglos bleibt, dann ist eine radicale Gastrectomie indicirt, auch in dem Falle, wenn wir positiv wüssten, dass es sich nur um ein Ulcus handle; wo die interne Therapie erfolglos bleibt, da tritt die operative Chirurgie in ihre Rechte.

Von den fünf einfachen, nicht ausgedehnten und überhaupt nicht oder nur in einer kleinen Ausdehnung angewachsenen Magengeschwüren, die bis heute durch einfache Excision behandelt wurden, genasen vier: Fall Czerný, Mikulicz, Cordua und mein Fall. Im fünften Falle Bergmann's war die Todesursache ein unstillbares Erbrechen, hervorgerufen durch die den Pylorus zusammendrückenden Tampons; also ein zufälliges unvorhergesehenes Ereigniss, das den Effect der sonst gelungenen Operation (bei der Section fand man die Naht vollkommen sufficient, kein Zeichen einer Peritonitis) verdarb. — Der sechste von Schuchhardt operirte, complicirte Fall (bei der Section wurde ein zweites Ulcus entdeckt) endete infolge Cachexie nach 14 Tagen letal.

Bei diesen beiden Todesfällen kann somit der Exitus letalis nicht dem operativen Eingriffe zugeschrieben werden. Für die einfachen Fälle ist nach den erwähnten Erfolgen die Prognose also eine ziemlich günstige. — Ich säume deshalb nicht, die durch Küster angegebenen Indicationen zur Operation der Magengeschwüre zu erweitern:

Nicht nur bei Pylorusstenosen ulcerösen Ursprunges, unstillbaren Blutungen und Perforationsperitonitiden ist die Indication zur Operation gegeben, sondern auch dann, wenn die an der vorderen Magenwand sitzenden, mit den Bauchdecken verwachsenen, sicher diagnosticirten Geschwüre einer internen Therapie trotzen und die subjectiven Symptome und der Kräfteverfall zunehmen. Umsomehr gilt dies für jene Fälle, wo die Diagnose eines auf der vorderen Magenwand aufsitzenden Tumors nicht bestimmt auf ein Ulcus hinweist. Nach den bisher excidirten einfachen Geschwüren zu schliessen, ist für die einfachen, nicht ausgedehnten und an der vorderen Wand des Magens sitzenden Geschwüre die Gastrectomie am Platze; dagegen wäre bei complicirten oder mehrfachen Geschwüren vielleicht eine Gastroenterostomie zu versuchen.

Zum Schlusse dieser Abhandlung will ich nun noch eine Modification der Languettennaht (Esmarch) erwähnen, die nach meinem Vorschlage auf unserer Klinik seit einigen Jahren in Verwendung steht.

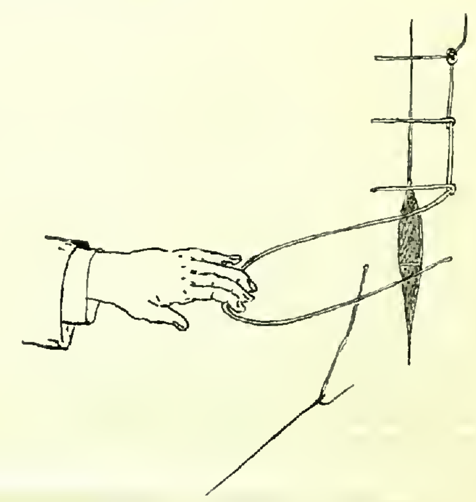


Fig. 2.

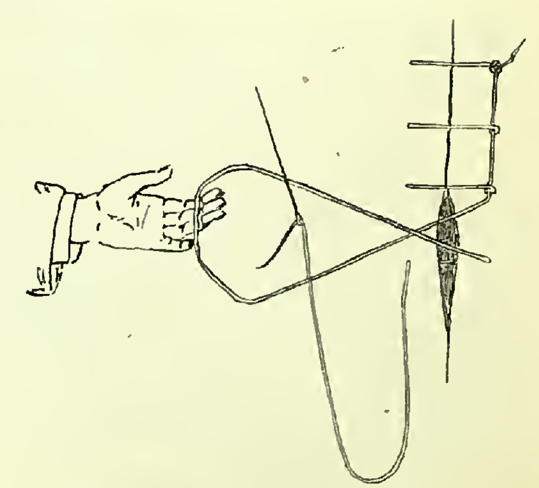


Fig. 3.

Wie Fig. 2 und 3 zeigt, wird durch Umdrehen der Hand (Supination) aus der einfachen Schlinge bei der Languettennaht (Kürschnernaht mit Schlingstich, Mosetig-Moorhof) eine kreisförmig geschlossene Schlinge gebildet und durch dieselbe von unten her die Nadel durchgezogen.

Durch Anziehen entsteht dann ein Knoten, der die Wundränder wie bei der Knopfnaht zusammenhält und ihr Auseinanderweichen, wie dies bei der gewöhnlichen Languettennaht stattfindet, verhindert.

Man könnte diese Naht vielleicht als fortlaufende Knotennaht bezeichnen; dieselbe hat sich uns bei linear verlaufenden Operationswunden, namentlich bei der dreifachen Etagennaht nach Laparotomien, sehr gut bewährt und es wurde dieselbe auch bei den angeführten Magenoperationen angewendet. Wir können diese Naht auch dem praktischen Arzte anempfehlen, da man leicht ohne Assistenz mit einer Hand adaptiren und mit der anderen die Schlinge anziehen kann. Dies ist bei der gewöhnlichen Knopfnaht und auch bei den verschiedenen fortlaufenden Nähten ohne Assistenz nicht leicht möglich.

Die Staarkrankheit, ihre Ursache und Verhütung.

Von

Dr. Wilhelm Schoen in Leipzig.

(Fortsetzung.*)

Bei Stellwag[37]) heisst es von den ersten objectiven Zeichen der Trübung: «Weithin in den meisten Fällen repräsentirt sie sich in der Form eines oder mehrerer Streifen, welche radienartig von der Peripherie gegen das Centrum ziehen.

Die Seitenränder dieser Streifen sind scharf und lassen eine Verwechslung mit Kapselauflagerungen[38]) nicht zu. Am gewöhnlichsten finden sich die Streifen an der Oberfläche der Linse. Sie erscheinen dann nach vorne gekrümmt, liegen in der Ebene der Pupille, der Rand der Iris berührt sie fast. In anderen Fällen beginnt die Trübung an der hinteren Fläche der Linse. Die Streifen erscheinen dann nach vorne concav. Die scharfe Begrenzung der Streifen an ihren Seitenrändern lässt schon vermuthen, dass ihre Entwicklung nicht sowohl auf Trübung der Linsenkugeln, als vielmehr auf Trübung der Fasern beruhe. Die anatomisch-mikroskopische Untersuchung weist dieses Verhältniss aber auf das Bestimmteste nach. Bei der anatomischen Untersuchung findet man sie zusammengesetzt aus einem sehr wasserreichen formlosen oder aber schon in Zellbildung begriffenen Magma, welches sich sehr leicht mittelst Wasser wegschwemmen lässt.»

Einigkeit herrscht somit darüber, dass den Streifen körperliche Auflagerungen entsprechen, Uneinigkeit über deren Beschaffenheit und Herkunft. Höring konnte sie nicht von der Kapsel abkratzen, Malgaigne und Sichel konnten dies, Stellwag beachtete nur den Theil der Auflagerungen, welcher auf der Linse haften geblieben war; diese konnte er abspülen. Alle diese Beobachtungen sind richtig. Es handelt sich um mehr oder weniger feste Auflagerungen, die bei der Lösung der Linse von der Kapsel zum Theil auf dieser, zum Theil auf jener locker oder fest haften bleiben. Dem Herkommen nach sah Malgaigne darin eine Abscheidung von der Kapsel, Höring auch ein Entzündungsproduct der Kapsel, aber in ihr liegend, Sichel und Stellwag abgestossene Massen der Linsenoberfläche. Für die ersten Anfänge hat sicher Malgaigne hier das Richtige getroffen, für die späteren Stufen haben möglicherweise wieder sämmtliche Forscher recht.

Als später allein die Altersschrumpfungstheorie möglich erschien, sah man mit einem Male an Stelle der Streifen nur noch durch Schrumpfung entstandene Spalten. Diese Aenderung in der Anschauung beruht nicht etwa auf neuen anatomischen Funden, sondern vollzieht sich im Gegentheil geradezu unter Missachtung der eben dargelegten Ergebnisse anatomischer Forschung und ist eine unbewusste Beeinflussung von Seiten der herrschenden Theorie.

Durchfallendes Licht lässt am Lebenden die ersten Streifen und Punkte nicht erkennen. Dieselben werden nur sichtbar bei seitlicher Beleuchtung in auffallendem Lichte, wenn die Blickrichtung des Beobachters mit der Achse des Beleuchtungskegels einen kleinen Winkel bildet und die Spitze des Kegels genau die Streifen und Punkte trifft. Da nun ausserdem der Beleuchtungskegel mit der Gesichtslinie des untersuchten Auges einen sehr grossen Winkel bilden muss, weil sonst das Licht nicht hinter die Iris gebracht werden kann, so ist die Methode nicht ganz leicht. Ferner ermöglicht nur das zweiäugige Sehen das genaue Erkennen des Ortes der Trübungen, sowie ein Vermeiden falscher Projection. Wer selbst Schwierigkeiten der Convergenz oder Accommodation hat, muss sich der Brücke'schen Loupe bedienen.

Sogar nachdem man auf diese Weise die Striche und Punkte aufgefunden und deutlich erkannt hat, vermag man sie nachher mit durchfallendem Lichte doch noch nicht jedesmal zu entdecken, auch mit Loupen und Convexlinsen nicht. Sie werden, wenn das Licht wie hier sehr schräg einfallen muss, einfach von dem zerstreuten Licht überfluthet. Mittelst des durchfallenden Lichtes kann man nur die meistens später auftretenden, tiefer liegenden dickeren Striche sehen, die achsenwärts häufig mit einer kolbenförmigen Anschwellung enden. Während die erstere Art der Striche sich dicht unter der Kapsel befindet, 1 mm vor, und dicht hinter dem Aequator, liegt diese zweite Art tiefer und erreicht nur am Aequator die Kapsel. Bei etwas weiter vorgeschrittener Katarakt sieht man oft vier Streifengruppen hintereinander. Zwei vordere nach vorne convexe, von denen der eine dicht unter der Kapsel, der andere tiefer liegt und zwei hintere nach vorne concave, von denen der eine der Hinterkapsel dicht an, der andere weiter vorne in der Linse liegt. Es brauchen jedoch keineswegs immer sämmtliche vier Gruppen vertreten zu sein. Die tieferen Streifen erscheinen bisweilen auch früher als die oberflächlichen.

Diese physikalischen Zeichen deuten auf das Vorhandensein von Stellen, birn-, spiessförmiger oder sonstiger Gestalt, im Linsengewebe mit andersbrechendem Inhalt. Ueber die Natur dieses Inhalts, ob die Bildung der Wand jener Stellen oder die des Inhalts das Primäre ist, ob sich, wie Becker meint, zuerst Spalten gebildet und nachher erst mit irgend welchem Inhalt gefüllt haben, oder ob zuerst der andersbrechende Inhalt entstanden ist, darüber vermag die Untersuchung am Lebenden mit den bei derselben statthaften Vergrösserungsvorrichtungen keine Auskunft zu geben.

Die Natur des Substrats lehrt die anatomische Untersuchung kennen, welche gleichzeitig die Entstehungsursache der Streifen aufdeckt. Die oben mitgetheilten Ergebnisse der Untersuchungen von Malgaigne, Stellwag und Anderen haben sich, soweit sie reichen, dabei als ganz richtig erwiesen.

Den oberflächlichen meridionalen Streifen entsprechen kleine faltenförmige Abhebungen der Kapsel. Das auf deren Innenfläche sitzende Epithel verfällt der Coagulationsnekrose. Die absterbenden oder abgestorbenen Epithelien zeigen nach- oder nebeneinander ausser der Coagulation noch trübe Schwellung und körnige oder hyaline Entartung. Die nekrotischen Epithelhaufen werden durch einen wuchernden Epithelsaum abgegrenzt und dann in die Linse hinein abgestossen. Diese Massen sind das Substrat der oberflächlichen grauen Streifen und ausserdem das Analogon der hyalinen und Epithelcylinder im Harn, wie denn überhaupt die Epithelveränderungen des Staarprocesses ein genaues Abbild der Epithelveränderung in der Niere bei Nephritis darstellen. Ueber den abgestorbenen und in die Linse abgestossenen Massen bildet sich ein neuer vollständiger Epithelbelag.

Auf dem Gipfel der Falten sitzen immer die Zonulafasern und es erhellt, dass die Falten dem Zuge dieser Fasern ihre Entstehung verdanken. Die vorderen Zonulafasern senken sich 1 mm vor dem Aequator tangential in die Kapsel. Sie erzeugen die meridionalen Falten, welche den vorderen dicht unter der Kapsel befindlichen Trübungen zu Grunde liegen. Die mittleren setzen sich hinter dem Aequator senkrecht an und erzeugen die unter der Hinterkapsel gelegenen Falten

---

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 19, 20, 21, 23 u. 24.

[37]) Ophthalm. I, 484

[38]) Es sind äussere gemeint.

und Trübungen. Später wird die Kapsel längs des Aequators erst in kleinen transversalen Falten, die aber allmälig zu einer zusammenfliessen, abgelöst und nach hinten gezerrt. Dabei verlieren die jüngsten Krystallfasern ihren Fusspunkt auf der Kapsel und atrophiren.

Atrophische Fasern dieser Art bilden das Substrat der tiefer gelegenen Trübungen. Die Kapselverzerrungen sowie die davon abhängigen Umlagerungen des Epithelsaumes und die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Zellen selbst sind ausführlich beschrieben und abgebildet in meinen Functionskrankheiten.[39]) Auch bezüglich der Art und Weise, wie die Accommodation die Zerrung an den Zonulafasern bewirkt, muss darauf verwiesen werden.

Wie der Zahn- und Haarschwund das Schlussergebniss der, das ganze Leben hindurch auf Zahn und Haar einstürmenden Schädlichkeiten ist, so ist die Kapselablösung die Folge der während des Lebens geleisteten Accommodationsarbeit. Je grösser die Accommodations-Anforderungen sind, desto früher treten die ersten Ablösungserscheinungen auf. Daher werden besonders hypermetropische und astigmatische Augen vom Staar betroffen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Aetiologie der Hysterie.

Von

Dr. Sigm. Freud.

(Fortsetzung.*)

Wo ein Verhältniss zwischen zwei Kindern vorlag, gelang nun einige Male der Nachweis, dass der Knabe — der auch hier die aggressive Rolle spielt — vorher von einer erwachsenen weiblichen Person verführt worden war, und dass er dann unter dem Drucke seiner vorzeitig geweckten Libido und infolge des Erinnerungszwanges an dem kleinen Mädchen genau die nämlichen Praktiken zu wiederholen suchte, die er bei der Erwachsenen gelernt hatte, ohne dass er selbstständig eine Modification in der Art der sexuellen Bethätigung vorgenommen hätte.

Ich bin daher geneigt anzunehmen, dass ohne vorherige Verführung Kinder den Weg zu Akten sexueller Aggression nicht zu finden vermögen. Der Grund zur Neurose würde demnach im Kindesalter immer von Seiten Erwachsener gelegt, und die Kinder selbst übertragen einander die Disposition, später an Hysterie zu erkranken. Ich bitte, verweilen Sie noch einen Moment bei der besonderen Häufigkeit sexueller Beziehungen im Kindesalter gerade zwischen Geschwistern und Vettern infolge der Gelegenheit zu häufigem Beisammensein, stellen Sie sich vor, dass 10 oder 15 Jahre später in dieser Familie mehrere Individuen der jungen Generation krank gefunden werden, und fragen Sie sich, ob dieses familiäre Auftreten der Neurose nicht geeignet ist, zur Annahme einer erblichen Disposition zu verleiten, wo doch nur eine Pseudoheredität vorliegt, und in Wirklichkeit eine Uebertragung, eine Infection, in der Kindheit stattgefunden hat.

Nun wenden wir uns zu dem anderen Einwand, welcher gerade auf der zugeständenen Häufigkeit infantiler Sexualerlebnisse und auf der Erfahrung fusst, dass viele Personen sich an solche Scenen erinnern, die nicht hysterisch geworden sind. Dagegen sagen wir zunächst, dass die übergrosse Häufigkeit eines ätiologischen Momentes unmöglich zum Einwurf gegen dessen ätiologische Bedeutung verwendet werden kann. Ist der Tuberkelbacillus nicht allgegenwärtig und wird von weit mehr Menschen eingeathmet, als sich an Tuberculose erkrankt zeigen? Und wird seine ätiologische Bedeutung durch die Thatsache geschädigt, dass er offenbar der Mitwirkung anderer Factoren bedarf, um die Tuberculose, seinen specifischen Effect, hervorzurufen? Es reicht für seine Würdigung als specifische Aetiologie aus, dass Tuberculose nicht möglich ist ohne seine Mitwirkung. Das Gleiche gilt wohl auch für unser Problem. Es stört nicht, wenn viele Menschen infantile Sexualscenen erleben ohne hysterisch zu werden; wenn nur alle, die hysterisch werden, solche Scenen erlebt haben. Der Kreis des Vorkommens eines ätiologischen Factors darf gerne ausgedehnter sein als der seines Effectes, nur nicht enger. Es erkranken nicht alle an Blattern, die einen Blatternkranken berühren oder ihm nahe kommen, und doch ist Uebertragung von einem Blatternkranken fast die einzige uns bekannte Aetiologie der Erkrankung.

Freilich, wenn infantile Bethätigung der Sexualität ein fast allgemeines Vorkommniss wäre, dann fiele auf deren Nachweis in allen Fällen kein Gewicht. Aber erstens wäre eine derartige Behauptung sicherlich eine arge Uebertreibung, und zweitens ruht der ätiologische Anspruch der infantilen Scenen nicht allein auf der Beständigkeit ihres Vorkommens in der Anamnese der Hysterischen, sondern vor Allem auf dem Nachweis der associativen und logischen Bande zwischen ihnen und den hysterischen Symptomen, der Ihnen aus einer vollständig mitgetheilten Krankengeschichte sonnenklar einleuchten würde.

Welches mögen die anderen Momente sein, deren die «specifische Aetiologie» der Hysterie noch bedarf, um die Neurose wirklich zu produciren? Dies, meine Herren, ist eigentlich ein Thema für sich, das ich zu behandeln nicht vorhabe; ich brauche heute blos die Contactstelle aufzuzeigen, an welcher die beiden Theilstücke des Themas — specifische und Hilfsätiologie — in einander greifen. Es wird wohl eine ziemliche Anzahl von Factoren in Betracht kommen, die erbliche und persönliche Constitution, die innere Bedeutsamkeit der infantilen Sexualerlebnisse, vor allem deren Häufung; ein kurzes Verhältniss mit einem fremden, später gleichgiltigen Knaben wird an Wirksamkeit zurückstehen gegen mehrjährige, innige, sexuelle Beziehungen zum eigenen Bruder. Es sind in der Aetiologie der Neurosen quantitative Bedingungen ebensowohl bedeutsam wie qualitative; es sind Schwellenwerthe zu überschreiten, wenn die Krankheit manifest werden soll. Ich halte die obige ätiologische Reihe übrigens selbst nicht für vollzählig und das Räthsel, warum die Hysterie in den niederen Ständen nicht häufiger ist, durch sie noch nicht erledigt. (Erinnern Sie sich übrigens, welche überraschend grosse Verbreitung Charcot für die männliche Hysterie des Arbeiterstandes behauptete.) Ich darf Sie aber auch daran mahnen, dass ich selbst vor wenigen Jahren auf ein bisher wenig gewürdigtes Moment hingewiesen habe, für welches ich die Hauptrolle in der Hervorrufung der Hysterie nach der Pubertät in Anspruch nehme. Ich habe damals ausgeführt, dass sich der Ausbruch der Hysterie fast regelmässig auf einen psychischen Conflict zurückführen lässt, indem eine unverträgliche Vorstellung die Abwehr des Ich rege mache und zur Verdrängung auffordere. Unter welchen Verhältnissen dieses Abwehrbestreben den pathologischen Effect hat, die dem Ich peinliche Erinnerung wirklich in's Unbewusste zu drängen und an ihrer Statt ein hysterisches Symptom zu schaffen, das konnte ich damals nicht angeben. Ich ergänze es heute: Die Abwehr erreicht dann ihre Absicht, die unverträgliche Vorstellung aus dem Bewusstsein zu drängen, wenn bei der betreffenden, bis dahin gesunden Person infantile Sexualscenen als unbewusste Erinnerungen vorhanden sind, und wenn die zu verdrängende Vorstellung in logischen oder associativen Zusammenhang mit einem solchen infantilen Erlebniss gebracht werden kann.

Da das Abwehrbestreben des Ich von der gesammten moralischen und intellectuellen Ausbildung der Person abhängt, sind wir nun nicht mehr ohne jedes Verständniss für die Thatsache, dass die Hysterie beim niederen Volk so viel seltener ist, als ihre specifische Aetiologie gestatten würde.

[39]) Wiesbaden, Bergmann, 1893.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 22, 23 und 24.

Meine Herren, kehren wir noch einmal zurück zu jener letzten Gruppe von Einwänden, deren Beantwortung uns so weit geführt hat. Wir haben gehört und anerkannt, dass es zahlreiche Personen gibt, die infantile Sexualerlebnisse sehr deutlich erinnern, und die doch nicht hysterisch sind. Dieser Einwand ist ganz ohne Gewicht, er wird uns aber Anlass zu einer werthvollen Bemerkung bieten. Personen dieser Art dürfen nach unserem Verständniss der Neurose gar nicht hysterisch sein, oder wenigstens nicht hysterisch in Folge der Scenen, die sie bewusst erinnern. Bei unseren Kranken sind diese Erinnerungen niemals bewusst, wir heilen sie aber von ihrer Hysterie, indem wir ihnen die unbewussten Erinnerungen der Infantilscenen in bewusste verwandeln. An der Thatsache, dass sie solche Erlebnisse gehabt haben, konnten und brauchten wir nichts zu ändern. Sie ersehen daraus, dass es auf die Existenz der infantilen Sexualerlebnisse allein nicht ankommt, sondern, dass eine psychologische Bedingung noch dabei ist. Diese Scenen müssen als unbewusste Erinnerungen vorhanden sein; nur so lange und insoferne sie unbewusst sind, können sie hysterische Symptome erzeugen und unterhalten. Wovon es aber abhängt, ob diese Erlebnisse bewusste oder unbewusste Erinnerungen ergeben, ob die Bedingung hiefür im Inhalt der Erlebnisse, in der Zeit, zu der sie vorfallen, oder in späteren Einflüssen liegt, dies ist ein neues Problem, dem wir behutsam aus dem Wege gehen wollen. Lassen Sie sich blos daran mahnen, dass uns die Analyse als erstes Resultat den Satz gebracht hat: Die hysterischen Symptome sind Abkömmlinge unbewusst wirkender Erinnerungen.

c) Wenn wir daran festhalten, infantile Sexualerlebnisse seien die Grundbedingung, sozusagen die Disposition der Hysterie, sie erzeugen die hysterischen Symptome aber nicht unmittelbar, sondern bleiben zunächst wirkungslos, und wirken pathogen erst später, wenn sie im Alter nach der Pubertät als unbewusste Erinnerungen geweckt werden, so haben wir uns mit den zahlreichen Beobachtungen auseinanderzusetzen, welche das Auftreten hysterischer Erkrankung bereits im Kindesalter und vor der Pubertät erweisen. Indess löst sich die Schwierigkeit wieder, wenn wir die aus den Analysen gewonnenen Daten über die zeitlichen Umstände der infantilen Sexualerlebnisse näher betrachten. Man erfährt dann, dass in unseren schweren Fällen die Bildung hysterischer Symptome nicht etwa ausnahmsweise, sondern eher regelmässig mit dem 8. Jahr beginnt, und dass die Sexualerlebnisse, die keine unmittelbare Wirkung äussern, jedesmal weiter zurückreichen, in's 3., 4., selbst in's 2. Lebensjahr. Da in keinem einzigen Fall die Kette der wirksamen Erlebnisse mit dem 8. Jahr abbricht, muss ich annehmen, dass diese Lebensperiode, in welcher der Wachsthumsschub der zweiten Dentition erfolgt, für die Hysterie eine Grenze bildet, von welcher an ihre Verursachung unmöglich wird. Wer nicht frühere Sexualerlebnisse hat, kann von da an nicht mehr zur Hysterie disponirt werden; wer solche hat, kann nun bereits hysterische Symptome entwickeln. Das vereinzelte Vorkommen von Hysterie auch jenseits dieser Altersgrenze (vor 8 Jahren) liesse sich noch als Erscheinung der Frühreife deuten. Die Existenz dieser Grenze hängt sehr wahrscheinlich mit Entwicklungsvorgängen im Sexualsystem zusammen. Verfrühung der somatischen Sexualentwicklung kommt häufig zur Beobachtung, und es ist selbst denkbar, dass sie durch vorzeitige sexuelle Reizung befördert werden kann.

Man gewinnt so einen Hinweis darauf, dass ein gewisser infantiler Zustand der psychischen Functionen wie des Sexualsystems erforderlich ist, damit eine in diese Periode fallende sexuelle Erfahrung später als Erinnerung pathogene Wirkung entfalte. Ich getraue mich indess noch nicht, über die Natur dieses psychischen Infantilismus und über seine zeitliche Begrenzung Näheres auszusagen.

d) Eine weitere Einwendung könnte etwa daran Anstoss nehmen, dass die Erinnerung der infantilen Sexualerlebnisse so grossartige pathogene Wirkungen äussern soll, während das Erleben derselben selbst wirkungslos geblieben ist. Wir sind ja in der That nicht daran gewöhnt, dass von einem Erinnerungsbild Kräfte ausgehen, welche dem realen Eindruck gefehlt haben. Sie bemerken hier übrigens, mit welcher Consequenz bei der Hysterie der Satz durchgeführt ist, dass Symptome nur aus Erinnerungen hervorgehen können. Alle die späteren Scenen, bei denen die Symptome entstehen, sind nicht die wirksamen, und die eigentlich wirksamen Erlebnisse erzeugen zunächst keinen Effect. Wir stehen aber hier vor einem Problem, welches wir mit gutem Recht von unserem Thema sondern können. Man fühlt sich freilich zu einer Synthese aufgefordert, wenn man die Reihe von auffälligen Bedingungen überdenkt, zu deren Kenntniss wir gelangt sind: Dass, um ein hysterisches Symptom zu bilden, ein Abwehrbestreben gegen eine peinliche Vorstellung vorhanden sein muss; dass diese eine logische oder associative Verknüpfung aufweisen muss mit einer unbewussten Erinnerung durch zahlreiche oder wenige Mittelglieder, die in diesem Moment gleichfalls unbewusst bleiben; dass jene unbewusste Erinnerung nur sexuellen Inhalts sein kann; dass sie ein Erlebniss zum Inhalt hat, welches sich in einer gewissen infantilen Lebensperiode zugetragen hat; und man kann nicht umhin, sich zu fragen, wie es zugeht, dass diese Erinnerung an ein seinerzeit harmloses Erlebniss posthum die abnorme Wirkung äussert, einen psychischen Vorgang wie das Abwehren zu einem pathologischen Resultat zu leiten, während sie selbst dabei unbewusst bleibt?

Man wird sich aber sagen müssen, dies sei ein rein psychologisches Problem, dessen Lösung vielleicht bestimmte Annahmen über die normalen psychischen Vorgänge und über die Rolle des Bewusstseins dabei nothwendig macht, das aber einstweilen ungelöst bleiben kann, ohne unsere bisher gewonnene Einsicht in die Aetiologie der hysterischen Phänomene zu entwerthen.

(Schluss folgt.)

Feuilleton.

Schriften über Medicin in Bibel und Talmud und über jüdische Aerzte.

Von

Moritz Steinschneider in Berlin.

Seit längerer Zeit bin ich von medicinischen Historikern wiederholt über Einzelnes befragt worden, das etwa in hebräischen oder arabischen Quellen behandelt wurde (s. z. B. L. Waldenburg, Die Tuberculose, Berlin 1869, S. 24). Bei der Erforschung älterer Quellen vermisste ich eine fachliche Anleitung und wurde veranlasst, die Schriften auf diesem Gebiete zunächst für eigenen Gebrauch zusammenzustellen, während meine Studien auf dem Gebiete der jüdischen Literatur- und Culturgeschichte mich zu den Schriften über jüdische Aerzte und ihren Leistungen führten (vgl. mein Jewish Literature, London 1857, p. 276). Wie das nachfolgende, chronologisch geordnete Verzeichniss zeigt, sind diese Gegenstände in dem letzten Vierteljahrhundert von verschiedenen Seiten und in verschiedener Weise behandelt, wobei mir wahrscheinlich einzelne Artikel in periodischen und Sammelschriften entgangen sind*) — abgesehen von den zahlreichen Schriften über das Schlachten, das ja auch medicinisch beleuchtet wird, und der Beschneidungsliteratur, deren Bibliographie bei Dr. M. Harsu («Circumcizia la Evrei, studiu criticu» im rumänischen «Anuar pentru israeliti», redigirt von M. Schwarzfeld, XIV, 1891, p. 16—50, die Literatur p. 46 ff.), 144 Nummern, theils Monographien, alphabetisch ordnet, und deren Berichtigung und Ergänzung ich Anderen überlasse, schon aus dem Grunde, weil der hygienische Ursprung des Beschneidungsgesetzes oder vielmehr des Gebrauchs nichts weniger als erwiesen ist. Herr Harsu führt

*) Sehr unbedeutend ist die Literatur (1588—1724) bei Morwitz, Gesch. d. Med., Leipzig 1848 (Moser's Encyklop. II, 3).

meine Vermuthung an, dass die Beschneidung eine humane Reform der Entmannung sein konnte, wie letztere etwa ein humanistischer Fortschritt des heidnischen Kindesopfers. Auch die Symbolik beginnt wieder Einspruch zu erheben gegen die weitgehende Zurückführung vieler Vorschriften des Pentateuchs auf medicinische Rücksichten des Gesetzgebers. Mit dem Nachweis hygienischer Bedeutung eines Gesetzes nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen ist für den Ursprung desselben in bewusster Tendenz noch nichts bewiesen, umsoweniger, je weiter ein sogenanntes «mosaisches» Gesetz sich als Brauch geographisch und historisch verfolgen lässt. Wer Moses durch die Kenntniss der Trichinen zu verherrlichen meint, verkennt das Grundverbot historischer Kritik, moderne Wissenschaft in alte Urkunden hineinzutragen; das ist ein Vorrecht der Kanzel vor dem Katheder. Dieselbe Unterschiebung möchte einer Ableitung des biblischen Reinheitsbegriffes aus materiellen Motiven vorgeworfen werden. Unter dieser Begrenzung wird die «biblische Medicin» gewaltig zusammenschrumpfen; die Wirkung solcher Vorschriften auf die Befolger derselben gehört in einen anderen Ideenkreis.

Die Medicin der «Hebräer» hört eigentlich mit der Zerstörung des zweiten Tempels, wenn nicht schon früher, auf. Der Talmud, jenes musivische Werk vieler Jahrhunderte, von welchem Lady Magnus treffend bemerkt, es habe kein Buch soviel unter der Hand seiner Commentatoren, wie unter der der Schergen gelitten — der Talmud bietet in seinen 61 (oder 63) Tractaten nicht einen einzigen, ja nicht ein einziges Kapitel, welches systematisch von Medicin handelte, obwohl jenen alten Lehrern das leibliche Wohl höher stand, als das bekannte mens sana in corpore sano heischt; Lebensgefahr hebt alle Ceremonialpflichten auf, und Gesundheitsrücksichten werden als religiöse Pflicht angesehen. Wohl gab es unter den Hunderten talmudischer Autoritäten auch einige, welche uns als Aerzte gelten können, aber sie vertreten keine Schule, kein System, und was im Talmud an Medicin streift, das lässt sich schwer auf eine bestimmte Quelle zurückführen. Der alte Spruch: «Der Tag ist kurz, die Arbeit viel, die Arbeiter sind träge» u. s. w. ist eine ethische Umformung des hippokratischen Aphorismus: Vita brevis, ars longa etc. Ueber das Medicinische im Talmud zu schreiben, sollte sich Niemand einfallen lassen, der nicht die griechische und römische Medicin in ihren Quellen studirt hat, welche sich hier als nächste muthmaassliche Quelle darbieten.

Von einer «jüdischen Medicin» des Mittelalters und der Neuzeit kann gar nicht die Rede sein. Die jüdischen Aerzte gehören in die Länder und Sprachen, in denen sie lebten und schrieben, auch die hebräisch geschriebenen oder übersetzten, auf welche ich bald zurückkomme. Haeser's Geschichte der Medicin hatte noch in der zweiten Auflage einen Paragraphen «Juden», in welchem nur Maimonides figurirte; die dritte Auflage setzt diesen richtig unter die Araber, ich darf wohl annehmen, infolge meiner Auseinandersetzung in Virchow's Archiv (Bd. 39, 40). Wohin gehört in der Geschichte der Medicin die reiche Literatur hebräischer Uebersetzungen arabischer und lateinischer Autoren, welche in meiner Preisschrift (Die hebr. Uebersetzungen des Mittelalters, Berlin 1893, S. 650—844) besprochen sind? Sie gehören objectiv in die Geschichte der ihnen zu Grunde liegenden Originale; die Uebersetzer selbst, die nicht einmal alle der Heilkunst Jünger waren, gehören, wie alle Aerzte der jüdischen Rasse (ich besitze eine noch nicht complete Liste der Namen und Quellen von vielen Hunderten)*), eigentlich gar nicht in die Geschichte der Medicin, auch wenn sie Autoren waren, sondern in die Culturgeschichte der Juden, wie jeder andere Stand oder Bildungskreis. Da aber die Geschichte aller Wissenschaften in einem engeren Zusammenhange mit dem Leben ihrer Vertreter steht, so wird die Lebensgeschichte jüdischer Aerzte auch nützlichen Stoff für die Geschichte der Heilkunst darbieten, wo sie nicht selbst einen integrirenden Bestandtheil bildet.

Diese Bemerkungen sollten dem Leser die Gesichtspunkte auseinandersetzen, von welchen aus die nachfolgende Zusammenstellung von Schriften mit einigen Noten unternommen worden und ihre Einzelheiten beurtheilt werden sollen.

*) Im Jahre 1880 waren in Oesterreich unter 2140 Aerzten 1014 Juden (Il Vessillo 1880, p. 203).

1. Pomis, de, David, De medico hebraeo, Enarratio apologetica etc. Ven. 1588, 4°. (Voran geht ein Schreiben des Aldus Manutius.)

[Die apologetische Schrift ist in culturhistorischer Beziehung interessant, insbesondere die factischen Mittheilungen p. 70, 71. Ueber den Verfasser s. die Quellen bei Vogelstein und Rieger, Geschichte der Juden in Rom, II, Berlin 1895, S. 259.]

2. Gross, Joh. Georg, Compendium medicinae ex scriptura sacra depromptum. Basel 1620, 8°.

2b. Slefzkowski, Ad illustrem Dominem Joanem Jastrzembecium Baronovicium Palatinum Siradiensem, de fugiendis medicis atque Chirurgis Judaicis epistolarum peritis, Warsav. 1630.

[Sternberg, Gesch. d. Juden in Polen, S. 35.]

3. Mussaphia, Benjamin (alias Dyonisius etc.), Sacro-Medicae sententiae. Accessit ejusdem, de auro potabili Epistola, Hamburg 1640, 8°.

4. Vecchi, Paul, Observationum eruditionis in divinam Scripturam carptim universam libri duo. Primus continens observationes physiognomicas. Secundus continens observationes medicas. Neapoli 1641, 4°.

5. Conringius, Herm. praes., Henr. Meibomius auct. resp., De incubatione in fanis Deorum medicinae causa olim facta. . . Diss. s. l. (in Academia Julia) 1659, 4°.

6. Lossius, Jerem. praes., Saul, Sal. auct. resp., Dissert. de Epispasmo Judaico . . Jenae 1665, 4°.

7. Bartholini, Thomas, De Morbis Biblicis Miscellanea Medica, Frankfurti (1672) 8°.

8. — 2. ed. s. a. (am Schluss anno 1705).

9. Vogler, Val. H., Commentatio de rebus natural. et medicis quarum in S. S. fit mentio, Helmst. 1682, 4°.

[Fürst, B. Jud. III 485.]

10. Tiferet Jisrael be-Chochmat ha-Refua (d. h. Ruhm Israels in der Wissenschaft der Medicin und der Philosophie). «Diatriba De Ortu et Progressu Facultatis et formali constitutione Artis Medicinae per Judaeos. Consequenter misera absurditas carnalis Sapientiae (quam philosophiam vulgò vocant) . . . aliquot exemplis ex chimerico Tractatu Theologico-politico Spinosae. (so mit Punkt) edito Hamburgi Anno 1670. Ab Antiquo Veritatis Studioso. Veritatis Amatoribus dedicata.» — S. l. e. a. 73 pp., klein-8°.

[Das äusserst seltene Schriftchen, welches in der Berliner königl. Bibliothek bisher als anonym verzeichnet war und nicht vor 1695 gedruckt ist (p. 53 wird ein in diesem Jahr erschienenes hebräisches Buch citirt, worüber vergl. meinen Catal. Bodl. p. n. 678), verdiente kaum eine nähere Beschreibung, wenn nicht der Verfasser zu den seltsamsten literarischen Erscheinungen gehörte. Er ist kein Anderer, als der mystische Phantast Jo. Peter Späth, welcher bei seiner Beschneidung im Jahre 1697 den Namen Moses Germanus annahm und am 27. April 1701 starb. Wahrscheinlich hat er dieses Buch erst als Jude verfasst, also frühestens 1697. — Ueber ihn veröffentlichte Dr. N. Samter einen ausführlichen Artikel in der «Monatsschrift für Gesch. und Wissensch. d. Judenthums» (Bd. 39, 1894/95), wo S. 280 von unserem Schriftchen nicht aus Autopsie die Rede ist. Aus dem angeführten Schudt (IV, 1, p. 201) scheint sich zu ergeben, dass der Verfasser im Jahre 1700 es als vor zwei Jahren verfasst bezeichne. Bei Wolf, Bibl. hebr. IV, p. 742, und daher Fürst, Bibl. Jud. I, 63 (unter dem hebräisch übersetzten Namen Aschkenasi!), werden aus den zwei Abhandlungen zwei Bücher, und der Druckort ist, trotz der Berichtigung des Verfassers (bei Schudt l. c.), dass Ort und Jahr sich auf die widerlegte Schrift Spinoza's beziehen, beibehalten. (Vgl. auch meinen Catal. Bodl. p. 1818.) Die Widerlegung mit dem Columnentitel: «Sapientia in Israele» in kleinerer Schrift p. 41—73 (Ueberschr. «Miseria philosophiae extra Legem Dei constitutae») hat mit unserem Thema nichts zu schaffen.

Die erste Abhandlung mit dem Columnentitel: «Salus ex Israel» will den Ursprung der Medicin bei den Urvätern, ja noch höher hinauf (also noch vor den Hebräern!) beweisen; Noa ist (S. 5) identisch mit Aesculap, welches Wort vom hebräischen «Eschkol» (Traube, welche Vater Noa pflanzte) herstammen könnte. Das genügt wohl als Probe.]

11. Trewmundt's, dess Christiani, Gewissen-loser Juden-Doctor, in welchem erstlich das wahre Conterfeit eines christlichen Medici, ..., zweytens die hingegen abscheuliche Gestalt eines Juden-Doctors, wie auch dessen Unfehigkeit zur Lehr- und Doctors Würde, u. die schad-volle Bedienung der Krancken . . . . vorgestellet wird. (Mit Tkpf.) Gedr. zu Freyburg (fing.) im Jahr MDCIIC. (1698.) 8°.

[Interessant u. rar! Tkpf., 10 Bll., 140 S. (incl. 2 S. Reg.). Im Anhang S. 127—133 e. Gedicht: «Traurige klag(!) über die Juden-Aerzt». — S. 134—138: «Elegia invectiva in Judaeos sacram Medicinae artem scelerate tractantes».]

12. Gakenholz, A. C., Physiologia revelationi ancillans sive res medicae in sacro codice occurentes, Helmstadii 1705.

13. Warlitzius, Christ., Valetudinarium senum Salomonaeum medico-sacrum, ad Eccles. Cop. XII, Lips. 1708, 4°.

[Catal. Almanzi n. 2161. — Fürst, Bibl. Jud. III, 494: De senio Salomeneo 1700.]

13 b. Anonymus (Zwei Gewissensfragen: 1. ob ein Christ mit gutem Gewissen einen jüdischen Arzt benützen darf; 2. ob ein christlicher Arzt einem jüdischen collegialisch beistehen darf). Freiburg 1711, 4°.

[Wolf, II, p. 1106, gibt lateinisch den Inhalt, ob auch den Originaltitel?]

14. Wedelins, Georg Wolfg., Propompicon inaug. (med.) de Pestilentia in sacris. Jenae (1714) 4°.

15. Müller, Fr. Henr. praes., Stengel, Fr. resp., Schediasma physico-politicum, Deum legislatorum medicum, ad varia illustranda script. S. dicta, sistens Diss. Altorf. Noricor. 1717, 4°.

16. Schudt, Von denen Medicis oder Juden Aertzten (Jüd. Merckwürdigkeiten, Th. IV, II. Continuation. S. 182—201); Frankf. a. M. 1718, 4°.

17. Göritz, Joh. Adam, Nachrichten von der Salbe in Gilead, oder dem wahren Arabischen Balsam, Opobalsamum von denen Medicis genannt, Regenspurg 1718, 8°.

18. Hofmann, Frid. praes., Troppanneger, Chr. Gottlieb resp., Dissert. med. de diaetetica sacrae scripturae medicinae, Halae 1718, 4°.

19. Seelen, Joh. Henr. v., De medicorum meritis in sacram scripturam diatribe hist. crit., Lubecae 1719, 4°.

20. Alberti, Mich. praes., Csernansky, Sam. resp. auct., Diss. inaug. med. de medicinae apud Ebraeos et Aegyptios conditione, Halae 1742, 4°.

21. Ginzburger, B. Wolf (praes. Ge. Gottlieb Richter), Medicina ex Talmudicis illustrata. Gotting. 1743, 4°. Auch abgedruckt in G. G. Richter's Opp. medica, Francof. et Lips. t. I, 1780, 4°, p. 142—159.

Conspectus: § 1. Medicinae veterum Hebraeorum sub divino regimine dignitas. § 2. Ejusdem a summis viris cultura, specialim a collegio hacerdotum. § 3. Talmudicorum scriptorum qui res medicas illustrarunt, ratio et aetas. § 4. Physiologia ex Talmudicis illustrata. § 5. Specimina cultae Anatomes. § 6. Doctrina in pathologicis, § 7 in semioticis. § 8. Simplicitas materiae medicae rerum chemicarum ignara. § 9. Chirurgia. § 10. Therapia in morbis internis. § 11. Diaetetica. § 12. Studium observationum cum variis in medendo cautionibus. § 13. Finis.

[Nach p. 143 soll Jesaias (!) bei Serapion (§ 83) vorkommen, es ist aber Isa; Unguentum Agrippae haben Nicolaus Praepos. und Arnald de Villa Nova (kein Citat); den Judäus bei Mesue, Razi u. A. kennt der Verfasser nur aus Fabricius XIII, 43; s. die Nachweisungen in Virchow's Archiv Bd. 86, S. 107. Ueber Antidot. Esdrae bei dem Christen Aëtius etc. s. Virchow's Archiv Bd. 39, S. 332 und Bd. 40, S. 95; vgl. Haller, Bibl. Med. Pract. I, 298, und «Dies infasti» angeblich nach Esra-Manuscript in Wien (Tabulae VI, 118); auch Witterungsregeln werden auf Esra zurückgeführt.]

B. Wolf Gintzburger (sic), «akad. Probeschrift von der Arzneiwissenschaft des Talmuds. Aus dem Latein. übersetzt und vermehrt von Salomon Schlesinger, Doctor» — in «Neuesten Mannigfaltigkeiten», 2. Band, Berlin 1779, S. 439—46, 572—91.

[L. Geiger, Ztschr. f. d. Gesch. d. Juden in Deutschl. V, Braunschweig 1890, S. 291.]

22. Schmidt, Joh. Jac., Biblischer Medicus, Oder Betrachtung des Menschen, nach der Physiologie, Pathologie und Gesundheitslehre . . . Züllichau 1843, 8°.

23. Nonnen, Nic. praes., Crugot, Martin defend., Diss. theol. ad Pium S. Coenae usum Parascenastica de Leprae Aedium Mysterio. Bremae 1744, 4° (60 S).

24. Richter, G. Gottlob praes., Divina medicina ex Talmud illustrata 1748, abgedruckt in dessen Opp. medica, T. I, Götting. 1780, 4° (p. 142—159).

[Vgl. Cohn, de med. Talmud. 1846, p. 9, n. 2.]

25. Mead, Rich., Abhandl. von den merkwürdigsten, deren in d. H. Schr. gedacht wird, besond. v. d. dämonischen Krankheiten. Leipz. 1749, 8°.

[Fürst II, 338: 1747.]

26. Withof, Frid. Theod. J. H. Fil., De leprosoriis veterum Hebraeorum meletemata, Duisburg 1756, 4°.

27. Michaelis, Christ. Bened., Philologemata medica, sive ad medicinam et res medicas pertinentia, ex Ebraea et adfinibus orientalibus linguis decerpta. Halae 1758, 4°.

28. Reinhard, Christ. Tob. Ephr., Die Bibelkrankheiten, welche im alten Testament vorkommen, nebst Augustin Culmet's Abhandl. vom Aussatze. 2 Bde. Frankfurt und Leipzig 1767/68, 8°.

[Catal. Almanzi 1749; Fürst III, 147.]

28 b. Worms, Simon Wolf, De causa munditiei speciali contra Ebraeos, Giessae 1768, 4°.

[So der Titel bei Fürst, B. J. III, 536, bei Carmoly, Rev. Or. III, 256: immundilitiei (so) specialim corona! In seiner Hist. p. 211 ist weder Schrift, noch ein Datum angegeben.]

29. Eschenbach, Christ. Ehrenfr., Scripta medico-bibl. Rost. 1769, 8°.

[Catal. Almanzi n. 737.]

30. Lindinger, Jo. Sim., De Veterum Hebraeorum arte medica, de Daemone, de Daemoniacis, Servest. 1774, 8°. (188 pp., De Daemon. beginnt p. 65.)

[Vgl. Maury, la Magie etc. Paris 1860, p. 37.]

31. Birkholz, Adam Mich. praes., Sal. Hirsch Burgheim resp., de studio munditiei corporis penes Judaeos morbis arcendis atque abigendis apto. Diss. Lips 1784, 4°.

32. Lautenschläger, J. H., De Medicis veterum Hebraeorum. (Schleitz 1786.) 8°.

33. Frizzi, Benedetto, Dissertazione di polizia medica sopr' alcuni alimenti proibiti nel Pentateuco con molte Note critiche, e fisiche. Pavia, appresso Pietro Galeazzi 1788. (9 unpaginirte und 145 S.)

34. Anonymus, Medicinisch-hermeneutische Untersuchungen der in der Bibel vorkommenden Krankengeschichten. Leipzig 1794, 4°.

[Catal. Almanzi n. 2096.]

35. Sprengel, Curt praes., Meyer Levin defend., Analecta histor. ad medicinam Ebraeorum. Diss., Halae 1798, 8° (68 p).

[Sprengel's lange versprochenes Werk über hebräische Medicin scheint nicht ausgeführt zu sein.]

36. Carcassone, Dav., Essai hist. sur la Médecine des Hébreux anciens et modernes. Montpellier et Nismes 1815 (Paris 1816?), 8° (83 pp).

37. Kahn, Ignaz, Ueber den medicinisch-polizeilichen Sinn der mosaischen Gesetze, eine Inaugural-Abhandlung. Augsburg, gedr. bei J. M. Hillebrand, 8°. (56 S., gewidmet Anselm Freih. v. Rothschild.)

38. Wawruch, Andr. Ign., Disquis. med. Cholerae cuius mentio in Sacris Bibl. occurrit. Vindob. 1832, 4°.

[Catal. Almanzi n. 2164.]

39. Manson, Sal. Ludov., diss. med. de legislatura mosaica quantum ad hygienem pertinet. Hag. Com. 1835, 8°

40. Frensdorf, M., Ueber die Medicin der alten Hebräer, Bamb. 1837, 8°,

[Diss., 18 S., in Cat. J. E. Müller, Halle 45, N. 26 falsch Frenzdorf; ich habe das Exemplar gekauft.]

(Schluss folgt.)

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)

Sitzung vom 12. Juni 1896.

Emerich Ullmann: Zwei Fälle von totaler Darmausschaltung.

Eine 50jährige Frau, bei der im October v. J. wegen Carcinoma uteri die Totalexstirpation per vaginam vorgenommen worden war, suchte Ende April abermals das Spital auf. Es bestand bereits seit sechs Tagen anhaltender Ileus. Ein grosser, die Parametrien infiltrirender Tumor, sowie höchst übelriechendes Secret aus der Vagina liessen die Diagnose Recidivcarcinom mit Durchwucherung oder Compression des Darmes unzweifelhaft erscheinen. Bei der sofort vorgenommenen Operation zeigte sich das ganze Colon und der distale Dünndarmantheil wurmförmig contrahirt. Der zuführende Antheil liess sich als mächtig geblähte Schlinge vorziehen. Wegen der Schwäche der Patientin und bereits bestehenden Anzeichen von Peritonealreizung wurde provisorisch nur die Ileostomie ausgeführt, die Totalausschaltung erst 3—4 Wochen später in der Weise angeschlossen, dass das in das Carcinom einbegriffene Dünndarmstück mit Einschluss des Fistelantheils gänzlich eliminirt, die Continuität des Dünndarms wieder hergestellt wurde. Nach Vernähung der Enden des ausgeschalteten Stückes communicirt dasselbe demgemäss nur mehr durch die Fistel mit der Aussenwelt.

Der zweite Fall betrifft einen 24jährigen Burschen mit Erscheinungen von Darmstenose. In der rechten Unterbauchgegend ein Tumor palpabel. Vortragender hatte die Diagnose auf Tuberculose des Coecum gestellt und Darmresection beabsichtigt. Dieselbe musste unterbleiben, als sich bei der Operation zeigte, dass der Tumor mit der hinteren Beckenwand innig verwachsen war und

ausserdem eine Aussaat kleiner Knötchen am Peritoneum in der Umgebung sich verfand. Daher wurde nur eine directe Vereinigung von Dünndarm und Colon vorgenommen. Von dem ausgeschalteten Darmstück wurde das Dickdarmende in die Wunde eingenäht, das andere Ende vollständig verschlossen. Aus dem derartig total ausgeschalteten Ileo-Colonstücke entleerte sich in den ersten fünf Tagen höchst widerwärtig riechendes Secret, das bald in eine schleimige, jetzt nur mehr sehr geringe Absonderung überging.

Josef Weinlechner: Demonstration operirter Fälle.

Vortragender stellt eine von einem ungewöhnlich grossen Leberechinococcus geheilte, 48jährige Frau vor. Das Leiden war schon im Juli 1895 auf der Klinik Nousser erkannt, die Operation jedoch von der Patientin verweigert worden. Als sie sich im August desselben Jahres endlich derselben unterwerfen wollte und sich aufnehmen liess, war die Leber sowohl nach oben wie unten bedeutend vergrössert, die Magengrube vorgewölbt, deutlichstes Hydatidenschwirren fühlbar. Drei Tage nach der in gewöhnlicher Weise ausgeführten Voroperation waren die Adhäsionen zwischen parietalem und Leberperitoneum noch nicht genügend fest. Es wurde daher eine Punction ausgeführt, bei der 2000 cm³ einer grünlich gelben, eiterartigen, Flacken enthaltenden Flüssigkeit entleert wurden. Das vorher bestandene Fieber verschwand, kehrte jedoch trotz täglicher Ausspülung der Höhle mit Kochsalz- und schliesslich Permanganatlösungen wieder. Es wurde nunmehr nach Anlegung eines queren Schnittes die Extraction des ganzen Sackes bewerkstelligt. Die colossale Höhle gewährte einen Einblick bis an das pulsirende Herz. Der hierauf sofort vorgenommenen Eingiessung von Sherry in die Höhle schreibt Weinlechner, entsprechend der desinficirenden Kraft des Mittels, einen wesentlichen Antheil an der prompten Heilung zu. Die Höhlung, deren Rauminhalt anfänglich 2400 cm³ betragen hat, verkleinerte sich rapid und Patientin konnte am 15. November mit einer kleinen Fistel entlassen werden, die sich bald darauf endgiltig schloss. Gegenwärtig ist die Leberdämpfung bis zum Rippenbogen zurückgegangen, das Allgemeinbefinden ein durchaus befriedigendes.

Die hierauf demonstrirte 27jährige Patientin litt an beiderseitigem hochgradigem Plattfusse. Redressement mit dem Lorenz'schen Apparate und nachfolgende Anlegung starrer Verbände konnte keine Besserung herbeiführen. Im Jänner d. J. wurde daher beiderseits eine Keilexcision aus dem Kahnbein vorgenommen, Gypsverband (mit entsprechendem Fenster) angelegt und Heilung per primam erzielt. Nach drei Monaten konnten die Verbände entfernt und durch gewöhnliche Einlagen ersetzt werden. Während der rechte Fuss eine mustergiltige Stellung zeigt, steht der linke noch in mässiger Pronation.

Der nächste Patient (40 Jahre alt) zeigt an der linken Stirn-Scheitelbeingegend eine halbkugelige, eigrosse Protuberanz, die durch constant in ihr herrschendes Pulsiren und Rauschen ihren Träger belästigt. Der Tumor ist vor $1^1/_2$ Monaten entstanden, zeigt noch fortwährendes Wachsthum. Die Haut darüber ist geröthet, die Venen turgescent. Der Knochen ist usurirt, auseinandergeworfen. Das Rauschen lässt sich durch Compression der gleichseitigen Carotis zeitweise unterdrücken. Ausserdem besteht Stauungspapille und Hypästhesie im II. Trigeminusaste. Vortragender konnte die Tiefenausdehnung des Tumors durch Probepunction und Vordringen mit der stumpfen Sonde in verschiedenen Richtungen auf 9—12 cm bestimmen, ohne von dieser Procedur nachtheilige Folgen (nur einmal trat Erbrechen als Ausdruck einer leichten Hirnreizung auf) zu beobachten.

Vortragender würde den Fall unter temporärer Carotisligatur für operabel halten, hat aber an zwei ähnlichen Fällen schlechte Erfahrungen gemacht. Der Tumor ist wahrscheinlich metastasirend, von einem kleinen harten Knoten in der Schilddrüse her entstanden (Carcinom?).

Adolf Lorenz: Behandlung der Hüftankylosen.

Die obersten und allgemeinen Grundsätze für die hier in Betracht kommenden Operationen wurden vom Vortragenden schon vor mehreren Jahren aufgestellt, und sind in Folgendem gegeben. 1. Niemals sind die Knochen den Weichtheilen anzupassen, sondern stets umgekehrt, um eine absolute Schonung des Skelettes zu erzielen. 2. Die Correctur ist stets im Knickungswinkel der Deformität selbst anzubringen. Denn bei jeder anderen, also excentrischen Anlage der Correctur wird die Deformität nicht beseitigt, sondern nur cachirt, sozusagen compensirt, dabei jedoch durch die doppelte Knickung ein bedeutender Längenverlust in den Kauf genommen. Auch die besonders von Seite der Franzosen vorgeschlagene Art der Verlängerung durch obliquen Schnitt vom Trochanter ein- und abwärts mit nachfolgender Extension und Verschiebung der Schnittflächen kann Lorenz nicht als befriedigend betrachten und zwar, wesentlich aus dem sub 2 angeführten Grunde. Der Gewinn wird durch die excentrische Anlage und dementsprechende Einbusse an functioneller Länge der Extremität paralysirt. Auch ist die Extension durch den Widerstand der Weichtheile ebenso schwierig wie qualvoll.

Die Anwendung der obigen allgemeinen Principien auf die knöcherne Hüftgelenksankylose führt nun nothwendig zu folgender Operationsmethode, die schon von Adams und Volkmann theilweise ausgeführt, jedoch wegen der vermeintlichen Schwierigkeiten bei Erhaltung der Stellungscorrectur wieder aufgegeben worden war.

Es wird genau an der Anwachsungsstelle des Femur am Becken eine lineare Osteotomie angebracht, die, da der Schenkelhals in derartigen Fällen rudimentär ist, als Osteotomia pelvitrochanterica zu bezeichnen ist. Die Stellungscorrectur ist nun eine denkbar einfache. Die Beugung wird durch eine angemessene Dislocatio ad peripheriam die Adduction durch leichtes Klaffen der Schnittflächen nach unten ausgeglichen. Die Patienten können zumeist schon sehr bald (in einem Falle 3 Tage) nach der subcutan verzunehmenden Operation das Bett verlassen und mittelst eines ähnlichen Apparates wie der von Lorenz für Coxitis angegebene, also mit freischwebender Ferse, anstandslos herumgehen.

Aber nicht allein bezüglich der erzielten Stellungscorrectur sondern vorzüglich auch für die Herstellung eines functionstüchtigen Gelenkes leistet die Methode hervorragendes. Beginnt man etwa 5—6 Wochen nach ausgeführter Osteotomie mit einer nicht zu brüsken passiven Mobilisirung, verbunden mit entsprechender Massage der Gesässmuskulatur, so kann bei genügend langer Anwendung des Verfahrens eine sehr beträchtliche, für das Gehen und selbst Stiegensteigen vollkommen ausreichende Beweglichkeit erzielt werden. Die entstehende Pseudarthrose steht unter den günstigsten Bedingungen für den Muskelzug und ist von dem Schlottergelenke, wie ein solches oft nach zu ausgedehnten Resectionen zurückbleibt, ebensoweit entfernt wie von knöcherner Verwachsung. Analogie und Erklärung für den sich ergebenden Zustand liegt in der Thatsache, dass auch sehr viele Frakturen dieser Gegend fibrös auszuheilen pflegen. Conditio sine qua non ist selbstverständlich peinlichste Antisepsis, da bei jeder auftretenden Eiterung mit grösster Wahrscheinlichkeit wieder knöcherne Vereinigung resultirt.

Am besten wird der Werth der Methode durch den Bericht über die bisher operirten Fälle illustrirt. Es sind deren sechs und bei fünf trat Heilung in der angedeuteten Weise ein, während nur in einem besonders schwierigen Falle keine Beweglichkeit erzielt werden konnte. Ganz ausserordentlich ist die Verbesserung der Körperhaltung namentlich in einem Falle, von dem Photographien und Zeichnungen demonstrirt werden. Der Hängebauch und die sämmtlichen Compensationserscheinungen der starken beiderseitigen Flexion im Hüftgelenke, die vorher bestanden, die Knickung der Knie- und Sprunggelenke, die Lordose glichen sich aus, die vordem mehrfach winkelig geknickte Körperachse ist ebenmässig gestreckt, die Körpergrösse um 10—12 cm erhöht. Bei einem Officier, der wegen einer Ankylose nach Rheumatismus operirt wurde, war der Erfolg nach durchgemachter Behandlung ein derartiger, dass der Patient meinte, sich seinem Berufe wieder widmen zu können.

Die erzielten Excursionsgrössen in den verschiedenen Fällen erreichten 45°.

Die Operationsmethode Lorenz', ist, entprechend der von ihm gegebenen Indication eine allgemein giltige und trennt sich nur, je nachdem der Femurkopf vorhanden ist oder nicht, in die Unterabtheilungen einer ileocapitalen, beziehungsweise pelvitrochanteren Osteotomie.

Ab.

Wiener medicinischer Club.

(Originalbericht der Wiener klinischen Rundschau.)
Sitzung vom 11. Juni 1896.

Carl Kunn: Ueber Fixation mit dem gelähmten Auge.

Bei der binoculären Fixation kommen sowohl mechanische, als optische Momente in Frage; es kann nun das binoculäre Fixiren durch verschiedene Störungen behindert sein; tritt eine solche Störung ein, dann übernimmt das functionstüchtigere Auge die Fixation, das andere befindet sich in Schielstellung. So verhält es sich beim Strabismus concomitans. Bei den eigentlichen Augenmuskellähmungen war man der Ansicht, dass stets das muskelgesunde Auge fixire, das andere aber in Schielstellung sich befinde. Dass es von dieser Regel Ausnahmen gibt, war schon früher bekannt, und Mauthner hat bezüglich dieser Fälle die Regel aufgestellt, dass das umgekehrte Verhalten nur dann zu beobachten sei, wenn das gelähmte Auge eine bessere Sehschärfe habe, als das muskelgesunde; eine Ausnahme von diesem Gesetz war nicht bekannt. Man hat solche Zustände früher für Augenmuskelspasmen am gesunden Auge gehalten; man beobachtete nämlich, dass das muskelgesunde Auge sich in Secundärablenkung stellte; da diese (eben weil die Muskeln den hier gegebenen Impulsen in vollem Umfange genügen können) grösser ist, als die primäre Ablenkung, man aber mit der Fixirung des gelähmten Auges nicht rechnete, sprach man von Muskelspasmen. Während aber Mauthner hierbei die obenerwähnte Regel aufstellte, hat Kunn sechs Fälle beobachtet, bei welchen Fixation mit dem gelähmten Auge erfolgte, obgleich deren Sehschärfe nicht besser, ja in zwei Fällen sogar geringer war, als die des muskelgesunden Auges. Es besteht also die paradoxe Erscheinung, dass Jemand ein Auge, welches hierzu sowohl in mechanischer, als optischer Hinsicht weniger geeignet erscheint, als das andere, zur Fixation benützt. Eine Erklärung hierfür kann Vortragender nicht geben; es müssen dabei individuelle mechanische Momente, die uns unbekannt sind, eine Rolle spielen. Klinisch spielt sich, wobei als Beispiel Lähmung des Rectus lateralis sinister angenommen wird, die Sache folgendermassen ab; das linke Auge befindet sich in diesem Falle in Schielstellung nach innen (Strabismus convergens ocul. sin.); wenn das Individuum mit dem linken Auge fixiren will, nimmt es eine Schutzstellung ein, indem es den Kopf nach links dreht und so das gelähmte Auge dem Objecte gegenüber bringt. Gleichzeitig trifft aber ein Impuls den Musculus rectus lateral. sin., welchem dieser nicht folgen kann; da aber der Rectus medialis dexter mit ihm associirt ist, so folgt dieser dem Impuls und es tritt Convergenzstellung des gesunden, rechten Auges ein, während das linke gelähmte fixirt. Zu bemerken ist noch, dass das Alter und die Aetiologie der Lähmung keine Beziehung zu dem Vorkommen hat.

Vortragender stellt nun einen Fall vor, der das erwähnte Phänomen zeigt; es ist ein 33jähriger Geschäftsdiener, der im Jahre 1890 Lues acquirirte; seine Augenerkrankung besteht seit Februar d. J. Der Mann fixirt bei ruhigem Blicke geradeaus mit dem linken Auge, das rechte ist nach aussen abgelenkt. Am rechten Auge ist eine fast vollständige Oculomotoriuslähmung vorhanden; verschont sind nur die interioren Augenmuskeln. Pupillenreaction und Accommodation normal. Die Augen sind emmetrop. Am muskelgesunden linken Auge beträgt die Sehschärfe $^{6}/_{6}$, am gelähmten $^{5}/_{6}$. Patient ist im Stande, wenn man das linke Auge verdeckt und das rechte zur Fixation zwingt, die Fixation mit dem rechten gelähmten Auge auch nach Freilassung des linken so lange festzuhalten, als er nicht durch eine seiner Lähmung zuwiderlaufende Blickrichtung gezwungen wird, das linke Auge wieder einzustellen. Die ausführliche Darstellung der ganzen Frage und der einschlägigen Krankengeschichten behält sich Kunn für eine demnächst erscheinende Publication vor.

Max Herz: Ueber Beziehungen zwischen Haut- und Gelenkserkrankungen.

Die Studien auf diesem Gebiete, namentlich in der deutschen Literatur, beziehen sich hauptsächlich auf acute Erkrankungen, während Gerhardt darauf aufmerksam gemacht hat, man sollte auch den chronischen Zuständen Beachtung schenken. Wenn es sich um gleichzeitige acute Gelenks- und Hauterkrankung handelt, so sind die theoretischen Erwägungen bezüglich des Zusammenhanges eben viel leichter; man braucht nur entweder einen Mikroorganismus entweder an der Haut oder im Gelenke zu finden, oder man recurrirt bei negativem Befund auf die Toxine. Bei chronischen Zuständen sind solche Constructionen schwerer.

In der französischen Literatur ist besonders viel darüber geschrieben worden, dass mit der Psoriasis Gelenkserkrankungen einhergehen können, welche in kein bestimmtes Schema passen; man hat solche Fälle direct als Psoriasis arthritica beschrieben. Herz hatte Gelegenheit, einen solchen Fall zu sehen; es handelte sich um einen 25jährigen Mann, welcher vor 5 Jahren eine Hauterkrankung acquirirte, welche von einer Autorität auf diesem Gebiete als Ekzem bezeichnet wurde; später wurde die Diagnose umgestossen und Psoriasis angenommen. Während der Behandlung traten Veränderungen zuerst in den kleinen Gelenken auf; sie wurden roth, schmerzhaft, geschwollen; die Veränderungen griffen auf die Knochen über und es traten Ankylosen auf. Nun erkrankten auch die grossen Gelenke; im Kniegelenke war ein grosser hydropischer Erguss; während dieser Zeit hatte sich die Psoriasis fast über den ganzen Körper verbreitet. Billroth, welcher den Fall mit Herz sah, hielt die Veränderungen in den kleinen Gelenken für Arthritis deformans, für die in den grossen glaubte er eine nervöse Aetiologie annehmen zu müssen. Nun hat man ja auch für die Psoriasis Nervenaffectionen als ätiologisches Moment angenommen und diese Anschauung hat gerade in letzterer Zeit mehr Geltung erlangt, da man Fälle von Psoriasis kennen lernte, welche mit Geistesstörungen verbunden waren oder aus Angstzuständen nach physischem Shok sich entwickelten. Politemnoff hat bei Psoriasis Anomalien der Sehnenreflexe und der Pupillenreaction gefunden. Das gleichzeitige Vorkommen von Gelenksaffectionen mit Psoriasis gibt diesen Ansichten eine weitere Stütze. Vielleicht handelt es sich um Beeinflussung durch den Zustand der Gefässe, der seinerseits wieder durch die Nerven geregelt wird. In dem folgenden Falle sind für die eigenartige Gruppirung der Symptome gewiss nervöse Einflüsse massgebend gewesen; der Patient, ein naher Verwandter des oben erwähnten Patienten, fühlte sich verstimmt, schwach, schwitzte sehr leicht; während eines wegen dieser Beschwerden angetretenen Urlaubes stellte sich Schwellung im linken Zeigefinger ein. Das Gelenk war aufgetrieben, die Knochenenden schienen nicht verändert; nach der Abheilung erkrankte ein Finger der anderen Hand in analoger Weise. Dann folgte der Ausbruch eines Gelenksrheumatismus, der sich klinisch kaum von einem anderen acuten Gelenksrheumatismus unterschied, nur bestand gleichzeitig ein Ekzem am Kopf und Salicylpräparate schienen die Krankheit kaum zu beeinflussen. Nach einigen Wochen war Patient bis zum Skelett abgemagert, die Gelenke waren nicht schmerzhaft, doch war Patient ausser Stande, sich aufrecht zu erhalten. Die Haut war in der Weise betheiligt, dass Patient fortwährend in Schweiss sozusagen gebadet war; letzterer Umstand deutet eben mit Bestimmtheit auf Störungen des Nervensystems.

In dem nun zu erwähnenden Falle, einem Unicum, welchen Herz letzthin mit vielen Collegen in Frankfurt a. M. sah, scheint es sich eher um Gefässerkrankung zu handeln, obgleich der Fall in seinem Wesen noch sehr der Aufklärung harrt. Es handelt sich um einen über 50 Jahre alten Mann, der vor etwa drei Jahren mit Fieber und Schüttelfrost erkrankte; da diese sich wiederholten, dachte man an einen septikämischen Zustand, bis dann scheinbar Reconvalescenz eintrat. Nun machte der Mann eine Pleuropneumonie durch, worauf die Gelenke erkrankten. Wie diese Erkrankung beschaffen war, lässt sich heute nicht mehr gut feststellen; das Resultat der Erkrankung ist, dass von der linken Hand sämmtliche Gelenke ankylotisch, die Finger selbst abgemagert und verkrümmt sind. Auch im linken Ellbogengelenk und in beiden Kniegelenken besteht Ankylose. Beide Füsse sind eigenthümlich ballonartig aufgetrieben, wobei die bestehende Geschwulst derb-pralle Consistenz besitzt. Das merkwürdigste Bild bietet aber die Haut des linken Zeigefingers; dieselbe ist an der zweiten und Endphalange bedeutend verdickt; wenn diese Verdickung einen bestimmten Grad erreicht hat, so löst sich die veränderte Haut wie ein Handschuhleder ab; solcher «Handschuhfinger» hat der Patient schon eine grosse Anzahl gesammelt, einer derselben wird vom Vortragenden

demonstrirt. Unter der abgelösten Haut erscheint jedesmal eine blutende Fläche, von welcher aus die Neubildung der Epidermis vor sich geht. Vielleicht handelt es sich um einen von den Gelenken auf die Haut per continuitatem fortschreitenden Process.

Vortragender möchte an das Vorgebrachte die Aufforderung knüpfen, bei chronischen Hauterkrankungen dem Zustand der Gelenke grössere Aufmerksamkeit zu schenken, als dies bislang geschehen ist. Ry.

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Vom 8. bis 11. April 1896.

(Fortsetzung.*)

Discussion:

Blachstein (Petersburg) macht auf das Vorkommen von Schilddrüsenerkrankungen, besonders Kröpfen bei Diabetes mellitus aufmerksam. Seine Erfahrungen darüber sind allerdings nur spärlich, indessen sichere. Bei der Behandlung des Diabetes mit Schilddrüsenpräparaten hat er nichts Günstiges gesehen. Das Zustandekommen der mehrfachen Glykosurie nach Schilddrüsenfütterung erklärt Blachstein durch das Freiwerden von nicht assimilirtem Glykogen in der Leber.

Hansemann (Berlin) hat bei Diabetikern niemals eine Struma beobachtet; die Form der Struma bei Morbus Basedowii ist eine hyperplastische.

J. Schmidt (Frankfurt a. M.) berichtet über erfolgreiche Anwendung der Schilddrüsenpräparate bei einfachem Zwergwuchs; er hat bei einem Kinde in einem Jahre eine Wachsthumzunahme von 5 cm beobachtet.

Minkowski (Strassburg) berichtet über Versuche in Bezug auf die Erzeugung des experimentellen Diabetes bei thyreoidectomirten Thieren. Es wurde Hunden gleichzeitig oder kurze Zeit nach der Thyreoidectomie das Pankreas exstirpirt, sie wurden aber ebenso diabetisch, wie alle anderen Versuchsthiere. Auch der Phloridzindiabetes ist bei solchen Thieren in der gewöhnlichen Weise zu erzeugen. Daraus geht hervor, dass der Schilddrüse kein bestimmter Einfluss in Bezug auf Glykosurie zukommt.

Heubner (Berlin) berichtet über erfolgreiche Anwendung der Schilddrüsenpräparate bei Rhachitis, und zwar solcher Formen dieser Erkrankung, welche mit schwerer Anämie einhergehen, wie das in Berlin fast regelmässig ist. Zwar treten keine Veränderungen an den Knochen auf, aber das Allgemeinbefinden bessert sich erheblich, es tritt eine Gewichtszunahme ein.

Schultze (Bonn) berichtet zunächst über die Behandlung eines Falles von Tetanie mit Schilddrüsenpräparaten. Während unter der Jodkali-Behandlung die Kranke an Gewicht zunahm, die Krämpfe freilich nicht beeinflusst wurden und ein gleicher Erfolg bei Fütterung mit Thyreoidintabletten zu verzeichnen war, trat nach Verabreichung des Baumann'schen Thyrojodins eine erhebliche Verschlechterung ein. Die Kranke nahm an Körpergewicht ab, und bekam allgemeine epileptische Krämpfe, während auffallender Weise das Phänomen der erhöhten Reflexerregbarkeit vollkommen verschwand. Bei der Akromegalie hat Schultze keine Erfolge von den Tabletten gesehen. Nach Verabreichung von Hypophysis trat sogar eine Verschlechterung ein, nämlich eine Unregelmässigkeit der Herzaction, die tödtlich endete.

Schuster berichtet im Auftrage von Kobert (Dorpat), dass dieser bei Thierversuchen nach Eingabe von Thyrojodin selbst in einer auf das zehn- und zwanzigfache der für Menschen giltigen höchsten Maximaldose und selbst bei intravenöser Injection niemals die geringste Störung weder von Seiten des Blutdrucks noch des Pulses bemerkt hat.

Gottlieb (Heidelberg) führt Thierversuche an, welche darthun sollen, dass neben dem Thyrojodin in der Schilddrüse andere Substanzen physiologisch wirksam sein müssen. Er selbst hat denselben Körper aus der Schilddrüse dargestellt, wie Drechsel und Kocher, einen Körper, welcher sicher vollkommen jodfrei ist, der aus einer enteiweissten Flüssigkeit dargestellt, und zudem gut krystallisirend, keine Eiweissverbindung darstellt.

Rohn (Frankfurt a. M.) zeigt die Photographie zweier Kinder vor, die seit drei Jahren wegen Cachexia thyreopriva mit Schilddrüsenpräparaten behandelt worden sind. Erst mit Glycerinextract, später mit Tabletten. Der cretinistische Charakter der Kinder ist vollkommen geschwunden, das älteste Kind ist um 31 cm, das andere um 28 cm gewachsen. Von dem blöden Gesichtsausdruck und der myxödematösen Degeneration ist nichts mehr zu bemerken, das ältere 10jährige Kind besucht seit zwei Jahren eine öffentliche Schule, und das jüngere ist in eine höhere Classe versetzt worden. Das jüngere Kind, welches vollständig idiotisch war, ist munter geworden. Redner macht darauf aufmerksam, dass die Behandlung nicht länger als 3—4 Wochen ausgesetzt werden darf.

v. Jacksch (Prag): Die Traubenzuckerreaction im Harn, welche zuweilen nach Schilddrüsenfütterung nachweisbar ist, ist noch kein sicherer Beweis dafür, dass es sich wirklich um Traubenzucker handelt. Mit Sicherheit kann man nur das Auftreten von Kohlehydraten nachweisen. Was nun den Nachweis des Jods im Harn bei Kranken, die Schilddrüsenpräparate genommen haben, anlangt, so ist derselbe bisher nie gelungen, selbst bei Darreichung von 15 g Schilddrüsen in kurzer Zeit, die übrigens schadlos vertragen wurden. Entweder wird das Jod gar nicht ausgeschieden oder in einer uns noch unbekannten Verbindungsform. Die Jodbehandlung der Kröpfe gibt selbst bei langer Fortdauer nicht so gute Resultate, wie die Thyreoideatherapie. Vortragender theilt noch mit, dass er vier Fälle von Tetanie, ebenso sechs Fälle von Morbus Basedowii ohne Erfolg behandelt hat, die den letzteren aber nicht geschadet hat.

v. Noorden (Frankfurt a. M.) theilt das Resultat von Stoffwechseluntersuchungen mit, welche in seinem Krankenhause bei Fütterung mit Schilddrüsenpräparaten gemacht worden sind. Es hat sich eine Steigerung des Sauerstoffverbrauchs und des Oxydationsprocesses um 21% ergeben, die sich übrigens noch 14 Tage lang über den letzten Tag der Schilddrüsenbehandlung hinaus fortgesetzt hat. Eine ebenso hohe Steigerung des Gaswechsels liess sich bei einer Kranken mit Morbus Basedowii constatiren, die nicht unter der Einwirkung der Schilddrüsenpräparate stand. In Bezug auf die von ihm beobachtete Glykosurie nach der Thyreoideatherapie hebt Redner hervor, dass die betreffenden Patienten allerdings mit Diabetes belastet waren; dass es sich um echten Traubenzucker gehandelt hat, ist durch die Gährungsprobe festgestellt. Schilddrüsenerkrankungen bei Diabetes mellitus hat er nicht beobachtet.

Thomas (Freiburg) berichtet über die Anwendung von Thyreoideatabletten bei Säuglingen mit angeborenen Kröpfen und hat überraschende Resultate gesehen.

Rosenfeld (Freiburg) hat im pathologischen Institut in Breslau keine Combination des Diabetes mit Schilddrüsenerkrankungen beobachtet. Die Thyreoideatheraphie bekommt den Zuckerkranken nicht gut.

Müller (Marburg) hat günstige Erfolge von der Schilddrüsenorkrankung nur bei den formes fruste des Morbus Basedowii gesehen. Die Symptome steigern sich anfangs, es tritt Abmagerung ein, aber einige Zeit nach Aussetzung der Therapie macht sich eine Besserung bemerkbar.

Roos (Freiburg) führt den mangelnden Beweis des Jods im Harn auf die Aufspeicherung dieser Substanz in der Schilddrüse zurück.

Kast (Breslau) macht darauf aufmerksam, dass die Misserfolge der Schilddrüsenbehandlung bei der Tetanie wohl darauf zurückzuführen sind, dass es ätiologisch sehr verschiedene Formen von Tetanie gibt. Im übrigen hält Kast eine Warnung für die praktischen Aerzte sehr nothwendig, da es sich herausgestellt hat, dass Fettleibige oft sogar hinter dem Rücken ihrer Aerzte sich die Thyreoideatabletten selbst verschaffen und damit Heilversuche an sich machen. Ohne genaue Beobachtung der Kranken erscheint die Thyreoideatherapie doch nicht ungefährlich.

Senator (Berlin) tritt den Ausführungen Kast's bei.

(Fortsetzung folgt.)

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 16—19, 22—24.

Académie des sciences in Paris.

Sitzung vom 7. October 1895.

Lépine: Vergleich zwischen der Hyperglykämie und der Glykosurie nach Pankreasexstirpation.

Während der Vortrag Lépine's in der vorhergehenden Sitzung das Verhalten der Glykosurie bei Hunden zeigte, welche 30 Stunden nach der Exstirpation des Pankreas vollständig fasteten, ist das Thema der gegenwärtigen Publication das Studium der Hyperglykämie unter denselben Bedingungen. Die Resultate beruhen auf über 100 Zuckerbestimmungen im Blut von 84 Versuchsthieren. Sie wurden von Barral, Metroz und Martz vorgenommen.

1. Der Beginn der Hyperglykämie ist schon kurze Zeit nach der Operation bemerkbar. In der grössten Zahl der Fälle lassen sich schon um die fünfte Stunde herum 2 g pro mille, manchmal mehr nachweisen. Im weiteren Verlauf findet man dann um die fünfzehnte Stunde gewöhnlich 2·4—3·2 g pro mille Zucker. Um die fünfundzwanzigste Stunde schwankt der Gehalt zwischen 5 und 2·6 g, geht aber dann noch höher, so dass bei einer gewissen Zahl von Fällen der Zuwachs von der fünfundzwanzigsten bis zur dreissigsten Stunde sogar grösser ist, als die früheren Zuwächse.

2. Das Verhältniss zwischen dem Auftreten der Hyperglykämie und der Glykosurie ist kein absolut constantes, was schon daraus hervorgeht, dass im Allgemeinen der Zuckergehalt des Blutes schon in der fünften Stunde 2 g beträgt, während nur bei der Hälfte der Thiere um diese Zeit die Glykosurie sich einstellte.

Sitzung vom 21. October 1895.

Richet und Héricourt: Ueber die Serumtherapie des Carcinoms.

Seit ihrer ersten Mittheilung waren die Vortragenden in der Lage, an einer grossen Zahl von Krebskranken die Wirkung ihres Heilserums zu studiren. Ihre Beobachtungen erlauben nunmehr einige Schlüsse.

In erster Reihe ist eine sehr ausgesprochene Abnahme der bei Carcinomkranken so häufigen Schmerzen zu constatiren. An den carcinomatösen Ulcerationen lässt sich ferner eine Reinigung, eine ziemlich weitgehende Vernarbung verfolgen. Der Tumor selbst, sowie die dazu gehörenden Lymphdrüsen verkleinern sich wesentlich und mit dieser Zurückdrängung des Fortschreitens der Krankheit geht eine wahrnehmbare Besserung des Allgemeinbefindens Hand in Hand.

Alles in Allem hat sich in vier Fünftel der Krebsfälle eine unleugbare Besserung constatiren lassen, leider nie bis zur Heilung. Nach kurzer Zeit, nach einem, anderthalb, zwei Monaten bleibt das Allgemeinbefinden stationär und geht schliesslich wieder zurück. Das Auftreten neuer Herde führt den Patienten zum unausbleiblichen Ende.

Auf die Frage, ob das Serum specifisch wirkt oder nicht, hat sich die Antwort mit Sicherheit noch nicht finden lassen. Zwei Fälle könnten zur Stütze der Annahme verwendet werden, dass das Serum der immunisirten Thiere activer ist, als normales Serum.

Sitzung vom 4. November 1895.

Charrin und Gley: Ueber experimentelle congenitale Missbildungen.

Die Vortragenden verfolgen seit 5 Jahren Untersuchungen, welche den Einfluss des Virus auf die Nachkommenschaft feststellen sollen. Die Resultate, welche sie bisher bei Infectionen und Intoxicationen eines oder beider Stammthiere mit Culturen oder Toxinen des Bacillus pyocyaneus bekommen hatten, waren verschieden und noch nicht befriedigend. Am häufigsten trat Sterilität, Abortus oder Tod im Moment der Geburt ein, selten war die Resistenz der Jungen gegen die Infection vermehrt, hin und wieder waren die Jungen normal. Wirkliche Missbildungen zu erzeugen, war nicht gelungen. Nur einige Male waren einige Kaninchen ganz klein geblieben und bei diesen war Missbildung der Knochen im Sinne einer enormen Vergrösserung der Epiphysen, Kurzbleiben der Diaphysen zu constatiren gewesen.

Die vorgestellten Thiere zeigen zum ersten Mal wirkliche Missbildungen. Sie entstammen einem Wurf von 5 Jungen, deren Vater mit Pyocyaneus-Toxinen inficirt worden war. Zwei davon sind normal, ein drittes, das rudimentäre Ohren hatte, starb in den ersten Tagen. Die beiden übrigen zeigen die folgenden Missbildungen: Die Ohren sind als Rudimente mit gekerbtem oberen Rand vorhanden. Der Schwanz misst 2 cm. Die Vagina des einen hat eine schiefstehende äussere Oeffnung. Eine der beiden Hinterpfoten, die rechte bei dem einen, die linke beim anderen, ist um 4 cm verkürzt. Sie endet in einen Stummel ohne ausgesprochene Fussbildung und ohne grosse Zehe.

Diese Resultate wiederholen experimentell diejenigen Missbildungen, welche bei Lues der Eltern an den Nachkommen beobachtet werden und zeigen, dass diese Wirkung auf die Descendenz der Lues nicht specifisch zukommt, sondern auch durch andere Gifte hervorgebracht werden kann. Sie werfen zugleich ein Licht auf die grossen Probleme der Heredität, indem sie, entgegen der Weissmann'schen Lehre, den Einfluss erworbener Eigenschaften auf die Eizelle documentiren.

Sitzung vom 9. November 1895.

Discussion über den Vortrag Charrin's und Gley's: Ueber experimentelle congenitale Missbildungen.

Féré: Die Schlüsse, welche Charrin und Gley aus ihren Versuchen ziehen, scheinen doch zu weitgehende zu sein. Besonders in denjenigen Fällen, in welchen das Männchen allein inficirt worden ist, ist die grösste Vorsicht am Platz. Der Befund, dass einige Nachkommen inficirter Thiere Anomalien zeigen, kann nicht die genügende Basis für die Behauptung abgeben, dass die Infection auch wirklich die Ursache solcher Missbildungen ist. Eine Menge von anderen, schwer controlirbaren Bedingungen kann hier determinirend eingetreten sein. Keinesfalls aber scheint das Entstehen solcher Anomalien, auch wenn sie die Folge von Toxin-Injectionen ist, die Theorie Weissmann's erschüttern zu können.

Gley: Neben den Versuchsthieren wurden Controlthiere von der gleichen Race, demselben Alter und unter den gleichen Lebens- und Ernährungsbedingungen gehalten. Wenn dann die Jungen dieser beiden Elternkategorien verschiedene Charaktere aufweisen, so ist dafür kein anderer Grund zu finden, als die Toxin-Injectionen, welche den Versuchsthieren gemacht worden sind. Bei den seit 5 Jahren fortgesetzten Untersuchungen sind Fälle von Sterilität, Abortus, Tod bei der Geburt 60 Mal vorgekommen. Immunität wurde an 11 Individuen, Zwergwachsthum an 4 Würfen, beträchtliche Missbildungen an 6 Jungen constatirt. Kfn.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Auf Grund von 60 Fällen aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen dargestellt von **Dr. Otto Sarwey.** Verlag von Aug. Hirschwald, Berlin, 1896.

Der Verfasser, welcher seit 1891 an der v. Säxinger'schen Klinik als Assistenzarzt thätig ist, hat es unternommen, in dieser fleissigen Monographie eine Lanze für die künstliche Frühgeburt zu brechen und die Ansicht Zweifels, dass «bei Licht betrachtet, von 100 frühgeborenen Kindern kaum eines am Ende des ersten Jahres noch lebt», durch seine Statistik — erfolgreich — zu widerlegen. Sarwey definirt die künstliche Frühgeburt als diejenige geburtshilfliche Operation, welche in der kunstgemässen Unterbrechung der Schwangerschaft von der 33. Woche an besteht, und rechnet — wie wir glauben, mit Recht — auch jene Fälle hieher, wo der Eingriff erst nach der 37. Woche ausgeführt wird.

Der I. Theil des Buches gibt zunächst eine kurze Geschichte der Entwicklung der Operation, führt hierauf alle Indicationen an, welche bisher für dieselbe von den verschiedenen Autoren angeführt wurden, und zählt schliesslich die Methoden der künstlichen Einleitung der Frühgeburt — 20 an der Zahl — auf.

Des II. Theiles 1. Abschnitt gibt zunächst in ungemein genau ausgearbeiteten Tabellen eine Uebersicht über 60 Fälle v. Säxinger's. — Die Beckenmessung wird äusserlich instrumentell, innerlich digital ausgeführt. Für die Berechnung der Conjugata vera werden durchschnittlich 1·8 cm von der Conjugata diagonalis in Abzug gebracht. Die Untersuchung mit dem Skutsch'schen Instrument wird nur gelegentlich vorgenommen. Oeftere, wiederholte Untersuchungen

fördern die Sicherheit des Urtheils in Bezug auf das Becken, wie über die Grösse der Frucht, über welch' letztere die häufige Palpation noch die besten Aufschlüsse gibt, bessere, als die intrauterine Messung der Fruchtaxe nach Ahlfeld, als das P. Müller'sche Impressionsverfahren und das Verfahren von Fehling, aus der Distanz der Medianfontanellen das Fruchtalter zu bestimmen. Der Termin der Einleitung muss grundsätzlich so weit als nur möglich hinausgeschoben und vor derselben durch äussere Handgriffe immer eine Kopflage hergestellt werden.

Der nächste Abschnitt — Methodik überschrieben — schildert zunächst die Desinfectionsmassregeln der Tübinger Klinik. Die Hände werden drei Minuten mit Seife und Bürste, drei Minuten in 1% Lysollösung planmässig gewaschen. Reinigungsbäder, Kürzung der Schamhaare, Abwaschen der Genitalien und ihrer Umgebung mit 1% Lysollösung und sterilisirter Watte genügen für die objective Desinfection. Vor die Vulva werden Vorlagen von Walcher'scher Holzwolle gelegt.

Als Hauptmethoden der Einleitung der künstlichen Frühgeburt stehen die Kiwisch'sche Scheidendouche und die Methode von Krause in Gebrauch. Als Unterstützungsmethoden wurden in einzelnen Fällen lauwarme Vollbäder, der künstliche Blasenstich, Secale cornutum, das Loslösen der intacten Eihäute vom unteren Uterinsegment, die vaginale Colpeuryse und das Einlegen von Pressschwammkegeln in die Cervix in Anwendung gezogen.

Nach Kiwisch wurde in der Weise operirt, dass nach Reinigung der Genitalien in angegebener Art und nach einer Lysolausspülung in $^1/_2$—1stündigen Sitzungen je 60—120 Liter Wasserleitungswasser von 30° R. alle 2—3 Stunden durch die Vagina laufen gelassen wurden, wobei durch die das Vaginalrohr dirigirende Hand der Abfluss gehemmt werden muss, so dass ein ziemlicher Druck in der Scheide entsteht. Die Anzahl der Douchen betrug 1—21. Vollständige Gefahrlosigkeit, Erhaltung der Fruchtblase, die Leichtigkeit und Einfachheit der Ausführung sind die Vorzüge der Methode, welche sich bei drei Primiparen und acht Multiparen ausreichend erwies.

Bougies werden für $^3/_4$ Stunden in 5% Carbolsäurelösung gelegt, dann mit aseptischer Watte abgerieben und mit Lysollösung schlüpfrig gemacht. Ihre Beinknöpfe werden mit in 5% Carbollösung getauchter aseptischer Watte überbunden. Die Bougie wird unter Leitung zweier Finger eingeführt, das untere Ende an die hintere Scheidenwand angestemmt, wodurch Jodoformgazetampons zu ihrer Fixation überflüssig werden. Als Vortheile der Krause-schen Methode führt Sarwey die einfache, leichte und schmerzlose Ausführbarkeit, die Gefahrlosigkeit bei genügender Asepsis und die im Allgemeinen zuverlässige Wirkung an und fürchtet einen unbeabsichtigten Blasenstich umsoweniger dabei, als er ja principiell vorher die Wendung auf den Kopf ausführt. Ob es — bei aller Anerkennung der guten Tübinger Resultate — principiell nicht doch richtiger ist, eine Bougie unter Leitung des Gesichtssinnes nach Einstellung der Portio im Speculum einzuführen?!

Im Wochenbette wird die Desinfection mit Lysol und Watte, vom 4. oder 5. Tage an, sonderbarerweise durch die Wöchnerin selbst, vorgenommen. Sonst ist die Diätetik die übliche, die Kost leicht verdaulich, aber kräftig. Die Temperaturen werden zweimal täglich per anum gemessen.

Auf 2424 Geburten innerhalb $7^1/_4$ Jahren entfielen 60 Einleitungen, deren hohe Zahl aus dem stark rhachitischen Materiale der Tübinger Klinik, aus der frühzeitigen Aufnahme der Schwangeren und aus der Art der Indicationsstellung, welche auch bei mässigem Missverhältniss zwischen Kopf und Becken gegen das normale Schwangerschaftsende hin noch ihre Anwendung findet, zu erklären versucht wird. Die Conjugata vera betrug zwischen 7 und 8·4 cm 46mal, zwischen 8·5 cm und 9·2 cm 10mal. Ausser 23 äusseren Wendungen vor der Einleitung waren 2 Zangen, 6 Wendungen, 3 Perforationen nöthig.

Ein Vergleich zwischen den rechtzeitigen und künstlich ante terminum eingeleiteten Geburten derselben Frauen ergab 50 Operationen bei ersteren, 8 bei letzteren.

Von den Müttern starb eine an Pyämie nach Einlegung eines Pressschwammkegels in die Cervix, fieberten ausserdem 12, hatten ein normales Puerporium 47.

Die Kinder, überwiegend Knaben (65%), hatten ein Gewicht zwischen 1390 und 3370 g und zeigten mehrmals Geburtstraumen. 50 kamen lebend, 10 todt zur Welt. Am Ende des ersten Lebensjahres lebten von 36 Kindern, über welche Nachrichten einlangten, noch 28 = 78%. Von diesen hatten aber nur 4 ein Anfangsgewicht von unter 2500 g, das schwächste Kind, welches 1 Jahr post partum noch lebte, wog bei der Geburt 2240 g.

Warum als Grenze zwischen vorzeitigem und rechtzeitigem Blasensprung die Erweiterung des Muttermundes auf «Fünfmarkstückgrösse» «festgesetzt» wird, ist uns unerfindlich. —

Alles in Allem genommen, liefert das Büchlein nicht nur den Beweis, dass bei häufiger Indicationsstellung die Endresultate der künstlichen Frühgeburt gute sind, sondern auch nebenbei ein erfreuliches Bild von der Führung der v. Säxinger'schen Klinik. Die bekannte Verlagshandlung hat sich durch die hübsche Ausstattung der Monographie wie durch die Güte der beigegebenen Tafeln neuerdings den Dank der Leser gesichert.

Hink.

Die vaginale Radicaloperation. Technik und Geschichte. Von **Prof. Dr. Leopold Landau** und **Dr. Theodor Landau.** Aug. Hirschwald's Verlag. Berlin, 1896.

Immer mehr breiten sich die Indicationen der vaginalen Radicaloperation, der Entfernung des Uterus und der Adnexe, aus; insbesondere sind es die wenig befriedigenden Dauerresultate blosser Adnexabtragungen bei Erkrankung auf beiden Seiten, welche dem Wirkungskreis der Operation in jüngster Zeit bedeutend weitere Grenzen gesteckt haben. Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung des Verfahrens, beschreiben die Verfasser ihre einzelnen Methoden der Ausschneidung der gesammten inneren Genitalien auf vaginalem Wege, wie sie dieselben üben und bieten uns in dieser Beziehung ein Lehrbuch dieser Operation. Bekannt als Vorkämpfer des sogenannten «Klemmverfahrens» in Deutschland, schildern die Verfasser ihre Methoden, die principiell auf jede primäre Blutstillung verzichten. Sehr instructive Abbildungen erhöhen den Werth des Buches, das gewiss nicht verfehlen wird, die Aufmerksamkeit der Fachkreise zu erregen und den Freunden des «Klemmverfahrens» neue Anhänger zu gewinnen. Mit seltener Klarheit werden uns in Wort und Bild die einzelnen Methoden, sowie die einzelnen Acte derselben vorgeführt. Die stark subjective Färbung verleiht der Schilderung den Reiz erhöhter Lebendigkeit und erklärt es, dass die Verfasser des «Nahtverfahrens» nur hie und da gelegentlich erwähnen. In diesem Sinne ist das Buch ein Lehrbuch der Methoden Leopold's und Theodor Landau's.

Hink.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende. Von **Dr. Adolf Baginsky,** a. o. Professor an der Universität Berlin. Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Band VI. Verlag von Friedrich Wreden, Berlin 1896. 5. Auflage.

Der Name des Verfassers sowie die Thatsache, dass die fünfte Auflage in relativ kurzer Zeit den früheren gefolgt ist, bürgt wohl für den Werth des Buches und der Leser findet sich in seinen Erwartungen nicht getäuscht. Ueberall begegnet er der reichen Erfahrung des Praktikers, gepaart mit strenger Wissenschaftlichkeit und profunder Kenntniss der Literatur.

Der fünften Auflage ist eine Vorrede beigegeben, in welcher der Autor auf Veränderungen und Verbesserungen des Buches hinweist. Die Aufnahme einer Empfehlung des Heilserums an dieser ungewohnten Stelle zeugt von der Werthschätzung Baginsky's für Behring's Entdeckung; zu weitgehend erscheint es, wenn er die Heilserumtherapie der Diphtherie heute schon «alle unsere Erwartungen übertreffend» nennt. — Der allgemeine Theil ist, wie in den früheren Auflagen, knapp, klar und wissenschaftlich; besonders werthvolle Winke für den Kinderarzt enthält das Capitel «Therapie».

Was den speciellen Theil betrifft, so ist allen Abschnitten gemeinsam die Präcision des Ausdrucks, die Reichhaltigkeit der Literaturangaben, der lebendige Eindruck der eigenen Erfahrung; doch ist nicht allen Partien des Buches gleiche Ausführlichkeit gewidmet; mustergiltig sind die Verdauungskrankheiten; bei Be-

schreibung der exanthematischen Krankheiten vermissen wir einige Complicationen und Varietäten.

In Behandlung einzelner Streitfragen begegnen wir — nicht zum Nachtheil des Buches — entschiedener Stellungnahme. Gänzlich umgearbeitet und bei aller Kürze erschöpfend ist das auch nach neuer Eintheilung geordnete Gebiet der Hautkrankheiten.

Dankenswerth und bequem ist auch die im Anfang gegebene Dosirung der Arzneimittel für das Kindesalter, sowie die gebräuchlicheren Arzneiformeln. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich; es ist wohl unzweifelhaft, dass es die verdiente Verbreitung gleich den früheren Auflagen finden wird. Rie.

Grundriss der Krankheiten des Kindesalters. Von **Dr. Jérôme Lange** und **Dr. Max Brückner**. Medicinische Bibliothek für praktische Aerzte Nr. 73—80. Verlag von C. G. Naumann Leipzig 1896.

Wir haben in den letzten Jahren so viele neue und gute Lehrbücher für Kinderheilkunde erscheinen gesehen, dass wir den vorliegenden Grundriss wohl nicht als einem Bedürfniss entsprungen betrachten können. Seine unleugbaren Vorzüge sind die knappe, klare und dabei erschöpfende Darstellung. Literaturkenntniss sowie reiche eigene Erfahrung stehen den Autoren zu Gebote. Der Eintheilung haften einzelne Mängel an. So ist es nicht recht zu verstehn, warum Ankyloglossen, Bednar-Aphthen, Hasenscharte unter den Krankheiten des «späteren Kindesalters» angeführt werden. Sehr gut zusammengestellt ist die angefügte Receptensammlung, wie überhaupt dies ganze «für praktische Aerzte» überschriebene Buch seinem Zweck völlig angepasst ist. Rie.

Zeitungsschau.

Berliner klinische Wochenschrift 1896, Nr. 19, 20 und 21.

Prof. E. Maragliano: Latente und larvirte Tuberculose.

Unter latenter Tuberculose versteht Maragliano den Zustand, bei welchem an irgend einer Stelle des Körpers die specifischen durch die Tuberkelbacillen-Invasion bedingten Gewebsveränderungen bestehen, ohne sichtbare Erscheinungen, sei es allgemeiner oder localer Natur zu veranlassen. Die Latenz kann dauernd bleiben, indem der Organismus durch die von den Bacillen erzeugten Toxine stimulirt, Antitoxine producirt, die ihn vertheidigen. Weitaus häufiger jedoch wird die latente Tuberculose über kurz oder lang manifest. Momente, die die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, wie eine Schwangerschaft, ein Puerperium, eine intercurrente Erkrankung, Gemüthsdepression, ungenügende Ernährung u. s. w. sind meist die unmittelbare Veranlassung für den scheinbar plötzlichen Ausbruch einer bis dahin latenten Tuberculose. Bei einer zweiten Kategorie von Kranken bestehen wohl gewisse durch das Eindringen von Bacterientoxinen in den Kreislauf bedingte Allgemeinerscheinungen, wie Fieber, Abmagerung u. s. w., während Herdsymptome selbst bei der genauesten Untersuchung sich nicht nachweisen lassen. Für diese Fälle empfiehlt sich die Bezeichnung der «larvirten Tuberculose». Dieselbe manifestirt sich klinisch in zwei Arten: als die dystrophische und die typhöse Art. Bei der dystrophischen handelt es sich um eine progressive Ernährungsstörung, charakterisirt durch zunehmende Abmagerung, Anämie, Schwund des Appetites, Aufhören der Menses u. s. w. Das wesentlichste Symptom der typhösen Form ist das Fieber, intermittirend oder remittirend, zuweilen so hoch, dass das ganze Krankheitsbild einem Typhus ähnlich wird, zumal ein Milztumor und Hautexantheme sich entwickeln können. Die Diagnose der latenten und larvirten Tuberculose stösst häufig auf grosse Schwierigkeiten, da die gebräuchlichen Methoden, die auf der physikalischen und bacillären Untersuchung beruhen, im Stiche lassen. Ein brauchbares Hilfsmittel ist in solchen Fällen der Nachweis der Giftigkeit des Blutserums. Nach den Untersuchungen des Verfassers nimmt nämlich, wenn die Tuberculose von Toxikämie begleitet ist, die Toxicität des Blutserums erheblich zu, so zwar, dass dasselbe in Dosen von 3—5 cm³ 1 kg Kaninchengewicht tödten kann. Eine noch verlässlichere Methode, um die Existenz einer latenten Tuberculose zu entdecken, ist die Anwendung des Tuberculins. Bei ganz gesunden Individuen war nach den Erfahrungen des Verfassers die Reaction blos in 9% der Fälle positiv, während dieselbe bei Individuen, die zwar keine sicheren Symptome von Tuberculose aufwiesen, derselben jedoch aus irgend einem Grunde verdächtig schienen, in 23% positiv ausfiel.

Baumgärtner: Blasenfistel-Operation, 7 Jahre nach Durchbruch eines im Ligamentum latum liegenden Abscesses in die Blase.

Es handelt sich im mitgetheilten Falle um einen vor 7 Jahren während eines perityphlitischen Anfalles erfolgten Durchbruch eines intraligamentären Abscesses in die Blase, der zu einer dauernden Entleerung des Eiters durch die Harnröhre führte. Punction und Drainage des Abscesses vom Scheidengewölbe aus waren ohne Erfolg geblieben. Die von Baumgärtner ausgeführte Operation bestand nun in Folgendem: Nach Umschneidung der Cervix und Ablösung der Blase von der vorderen Cervixfläche wird die seitlich gelegene circa kreuzergrosse Durchbruchsstelle nach vorne gedreht, der gewulstete und entzündete Wundrand angefrischt und der Defect durch eine doppelte Reihe von Seidennähten vereinigt. Die Blase wird nun reponirt und durch einige Catgutnähte an die Cervix, soweit sie von derselben losgelöst war, wieder angeheftet. In die Blase wird ein Verweilkatheter eingeführt, während die Abscesshöhle vom seitlichen Scheidengewölbe aus durch die alte Troicartwunde nochmals drainirt wird. Heilung nach 7 Monaten.

H. Gutzmann: Die Photographie der Sprache und ihre praktische Vorwerthung.

Durch photographische Serienaufnahmen sprechender Personen und entsprechende Vereinigung der Bilder in einem stroboskopischen Apparate brachten es Marey und Demeny dahin, dass Taubstumme, die geübt waren, vom Munde abzulesen, die eingestellten Worte zu erkennen vermochten. Allerdings besitzen die Marey'schen Aufnahmen keinen besonderen praktischen Werth für die Erlernung des sogenannten «Absehens», da eine unendliche Anzahl von Serienphotographien nothwendig wäre, um ein methodisch brauchbares Uebungsmaterial zu liefern. Deshalb hat Gutzmann eine Anzahl von Lautbildern hergestellt, die den äusserlich sichtbaren Bewegungen und Stellungen beim Aussprechen der einzelnen Laute entsprechen und sich gewissermassen als Typen verwenden lassen, mit denen man in einem stroboskopischen Apparat jedes beliebige Wort darstellen kann. Verfasser verspricht sich von der Anwendung seiner Lautbilder beim sogenannten «Absehunterricht» grosse Vortheile.

R. Stüve: Klinische und experimentelle Untersuchungen über einige neue Nährpräparate. (Nutrose, Hygiama).

(Zur Wiedergabe in Form eines kurzen Referates nicht geeignet.)

A. Blaschko: Die Lepra im Kreise Memel.

Im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte gelangten im Kreise Memel 22 Fälle von Lepra zur Beobachtung. Von den Erkrankten sind 13 gestorben. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um die tuberöse Form, doch wurden auch Fälle von sogenannter Lepra anästhetica beobachtet, die mit den als Syringomyelie und Morvan'sche Krankheit beschriebenen Krankheitsbildern grosse Aehnlichkeit aufwiesen. Die Epidemie dürfte aus den angrenzenden russischen Gouvernements Kowno und Kurland eingeschleppt worden sein, woselbst die Lepra in den letzten beiden Jahrzehnten sehr bedeutend an Ausdehnung gewonnen hat.

J. Zabludowski: Massage bei chronischen Herzkrankheiten.

Nach den Erfahrungen Zabludowski's erzielt man bei chronischen Herzerkrankungen im Stadium der gestörten Compensation mit der Anwendung einer kunstgerechten, ziemlich energischen auf 10—20 Minuten täglich sich erstreckenden Massage günstige Resultate. Dieselbe hat eine allgemeine zu sein und wird durch Reizung der sensiblen Nerven am Rücken, Nacken und an den Intercostalräumen zweckmässig unterstützt. Auch bei Morbus Basedowii will Zabludowski von der Schilddrüsenknetung in einzelnen Fällen Besserungen gesehen haben.

P. F. Richter: **Stoffwechsel-Untersuchungen bei acuter gelber Leberatrophie.**

Die bei zwei Fällen von acuter gelber Leberatrophie angestellten Stoffwechsel-Untersuchungen liefern einen bemerkenswerthen Beitrag zur Lehre von der Harnstoffbildung in der Leber. Trotz der hochgradigen Destruction des Leberparenchyms, wie sie die Autopsie aufwies, war die Harnstoffausscheidung im Verhältnisse zum Gesammtstickstoff in dem einen Falle gar nicht, in dem anderen nur um ein Geringes vermindert. Die Ammoniakausfuhr erschien in beiden Fällen etwas gesteigert, doch spricht dieser Befund nach der Ansicht des Verfassers keineswegs für eine Leberzelleninsufficienz im Sinne behinderter Harnstoffbildung, sondern hängt mit der Thatsache zusammen, dass Ammoniak im Organismus überall da in gesteigerter Menge auftritt, wo es sich um eine vermehrte Säurebildung handelt, gleichsam als eine Art Schutzmittel des Körpers, das die überschüssige Säure an sich kettet und ihren deletären Einfluss auf die Gewebssäfte und das Blut paralysirt. In der That liess sich bei beiden Patienten eine erhebliche Verminderung der Blutalkalescenz constatiren. Die Menge der ausgeschiedenen Alloxurkörper erwies sich vermehrt, wahrscheinlich infolge des gesteigerten Nucleinzerfalles, doch bestanden hiebei grosse Schwankungen, indem auf Tage normalen Verhaltens unvermittelt sehr hohe Ausscheidungswerthe folgen. Irgend eine Beziehung zwischen dem Einschmelzen der Leber, wie es sich durch die physikalischen Untersuchungsmethoden verräth, und den Alloxurkörpergrössen liess sich nicht constatiren.

S. Gottschalk: **Ueber eine mit vorzeitiger Contraction des inneren Muttermundes vergesellschaftete besondere Form der Nachgeburtsverhaltung bei rechtzeitigen Geburten.**

In den beiden mitgetheilten Fällen handelt es sich um eine abnorme Adhärenz einer am Uterusfundus sitzenden, ungewöhnlich kleinen Placenta bei gleichzeitiger Contraction des inneren Muttermundes und Erschlaffung des Uteruskörpers. Die Ursache der abnormen Adhärenz dürfte darin zu suchen sein, dass die concave Gestaltung der Haftfläche der Placenta einerseits, ihre Kleinheit andererseits eine spontane Lösung erschwerten. Die Therapie bestand in manueller Erweiterung des inneren Muttermundes und Ablösung der Placenta. N.

Richard Drews (Hamburg): **Ueber Trional und seine Anwendung in der Praxis.** (Wiener med. Presse, 1.—8. April 1896.)

Bei einer ganzen Reihe von Leiden fällt dem Arzte hauptsächlich und wesentlich die Aufgabe zu, die Kranken durch einige Stunden ruhigen Schlafes zeitweise von den quälenden Symptomen ihrer Krankheit zu befreien und dadurch gegen die Krankheit selbst widerstandsfähiger zu machen. Zu diesem Zwecke bedarf der Arzt eines Schlafmittels, welches möglichst gut einzunehmen ist, in möglichst kurzer Zeit einen ruhigen traumlosen, normalen Schlaf herbeiführt, aus welchem die Kranken erquickt und gestärkt erwachen, und welches endlich möglichst wenig Neben- und Nachwirkungen hat und ohne Schaden, sowie ohne Angewöhnung zu erzeugen, auch längere Zeit hindurch eingenommen werden kann. Ein solches ideales Schlafmittel ist nach des Verfassers Erfahrungen, die sich auf 30 Fälle erstrecken (19 Erwachsene und 11 Kinder), das Trional. Die Ursachen der Schlaflosigkeit, die zur Anwendung dieses Mittels führten, waren bei den Erwachsenen folgende Krankheiten: 1mal Neurasthenie, 2mal Hysterie, 1mal Phlegmone manus, 2mal Gelenksrheumatismus, 1mal Muskelrheumatismus, 3mal Ischias, 1mal Prurigo, 1mal Trigeminusneuralgie, 1mal Verbrennung des Fusses durch heisses Wasser, 2mal Intercostalneuralgie, 1mal Uteruscarcinom und 3mal Phthisis pulmonum et laryngis mit heftigen Hustenanfällen und Schweisssecretion während der Nacht; bei den Kindern war die Ursache: 3mal Otitis media, 1mal Meningitis mit Convulsionen, 1mal Chorea, 2mal Pavor nocturnus, 1mal Epilepsie, 1mal Darmkatarrh mit Convulsionen, 1mal Pneumonie mit heftiger Aufregung im Beginn und 1mal Furunkel im äusseren Ohr. Die Dosis betrug bei den Erwachsenen 1·0—1·5 g und bei den Kindern je nach dem Alter 0·2, 0·4—0·8 g Trional; die Darreichung geschah strenge nach den von Goldmann angegebenen Vorschriften, d. h. die Erwachsenen erhielten das Mittel Abends im Bette in einer Tasse heisser Milch und tranken noch eine zweite Tasse Milch nach, die Kinder bekamen das Trional in der Abendsuppe oder in einer Flasche heissen Thees. In den Fällen, wo heftige Schmerzen bestanden, wurde den Erwachsenen statt 1·0 stets 1·5 g gegeben. Während nun in 28 Fällen (14 Erwachsene und 11 Kinder) der Erfolg stets nach 15—20 Minuten als ein ruhiger, traumloser, normaler Schlaf eintrat und die Kranken sich am nächsten Morgen immer, soweit es die Grundkrankheit gestattete, erquickt und relativ wohl befanden, trat die Wirkung des Trionals bei zwei Erwachsenen, dem Falle mit Phlegmone manus und dem mit dem Uteruscarcinom, erst nach 1, respective 1½ Stunden ein und hielt nicht wie bei den anderen Fällen 6—8 Stunden an, sondern dauerte nur 3—4 Stunden; auch waren die beiden Kranken am nächsten Morgen schläfrig und klagten über Eingenommenheit des Kopfes, Kopfschmerzen und Mattigkeit, die Kranke mit dem Uteruscarcinom auch über Ohrensausen und Uebelkeit. Diese Erscheinungen wiederholten sich mehrere Tage, jedesmal nach der Darreichung des Mittels, doch ergab eine genauere Nachfrage, dass die Kranken das Trional nicht in der ihnen strenge vorgeschriebenen Weise erhalten hatten.

Ch. Vinay: Behandlung der puerperalen Septikämie mit Antistreptococcenserum. (Lyon Médical, 26. Jänner 1896.)

Vinay wendete ein Serum von einem Pferde an, dem filtrirte Streptococcenculturen injicirt worden waren. Durch diese Gewinnungsart unterscheidet sich das Serum von dem Marmorek'schen, behufs dessen Gewinnung complete, Mikroben und Toxine enthaltende Culturen injicirt werden. Dieses hat allerdings stärkere bactericide Eigenschaften, doch ist seine Erzeugung langwieriger. Die Erfahrungen des Autors beziehen sich auf vier Fälle schwerer puerperaler Septikämien. In den beiden ersten, frischeren Fällen war coincidirend mit der Anwendung des Serums starkes Heruntergehen der Temperatur und Besserung des Allgemeinbefindens, die auch anhielt, zu constatiren. Beide andere Fälle waren solche vorgeschrittener Septikämie, mit verschiedenen Organläsionen (Gelenks-, Nierenerkrankungen etc.); sie reagirten gar nicht auf das Serum und führten zum Tode. In dem einen Falle konnte übrigens das Serum erst verspätet angewendet werden. Es scheint also, wenn man aus diesen wenigen Fällen überhaupt schliessen soll, das Serum gegen die frische Infection des Blutes wirksam zu sein, ohne Wirkung aber auf einmal gesetzte Organveränderungen. Vinay hält dafür, dass neben der Behandlung der Allgemeininfection mit dem specifischen Serum die locale Therapie nicht zu vernachlässigen sei: diese kommt bei frischen Fällen sogar in erster Linie in Betracht. Auch kommt dem Serum nur eine Wirkung auf Streptococcen-Septikämien und nicht auf solche, die von anderen Mikroorganismen verursacht sind, zu. Doch sind gerade die schweren und die typisch verlaufenden Fälle von puerperaler Sepsis durch Streptococcen verursacht. Die Abends, zur Zeit des spontanen Absinkens der Temperatur, gemachten Injectionen schienen von grösserer Wirksamkeit. V.

H. Bordier: Ueber die elektrostatische Behandlung des Ekzems. (Lyon Médical, 2. Februar 1896.)

Die Idee der elektrostatischen Behandlung des Ekzems ging von Doumer in Lille und Monell in New-York aus. Diese finden das wirksame Agens in dem «elektrischen Hauch», der Ausstrahlung von Elektricität von einer Spitze, die vor die erkrankte Stelle gehalten wird, während der Patient, auf einem Isolirschemel stehend, mit dem anderen Pol einer Elektrisirmaschine verbunden ist. Bordier hat sich mit diesem «elektrischen Hauch» eingehender beschäftigt. Er wies nach, dass der von einem negativen Pol ausgehende eine kleinere Fläche influencirt, aber tiefer eindringt, als der positive. Bei negativer Ausstrahlung ist auch deren Intensität, die Bordier nach einem von ihm angegebenen Verfahren gemessen hat, grösser. Bemerkenswerth ist auch, dass das Effectoptimum bei einer Spitze von circa 90° Winkel gefunden wurde, während man doch gewöhnlich durch Schärfermachen der Spitzen die Ausstrahlung zu vermehren glaubt. Da unter einer, wie angegeben, durchgeführten elektrostatischen Behandlung nicht nur die direct influenzirten Plaques, sondern auch die an anderen Körperstellen heilen, glaubt Bordier dies darauf zurückführen zu müssen,

dass bei derartiger Behandlung der ganze Körper von Elektricität durchflossen ist, und zwar von Elektricität, deren Vorzeichen der von der Spitze ausgestrahlten entgegengesetzt ist. In diesem «statischen Bad», wie er es nennt, sieht Bordier auch das Wirksame des Verfahrens. In vielen Fällen von chronischen Ekzemen, die sich gegen anderweitige Behandlung resistent erwiesen hatten, sah Bordier von der elektrostatischen Behandlung günstige Erfolge. Ein Fall, in dem neun Jahre hindurch das gesammte therapeutische Arsenal zur Anwendung gekommen war und der unter der neuen Behandlungsweise rasch heilte, ist ausführlich wiedergegeben. Nässende Ekzeme sind rascher zu beeinflussen, als trockene, solche bei Kindern rascher, als bei Erwachsenen. V.

W. F. Stevenson und **H. J. Michael: Ein Fall von transperitonealer Ligatur der Arteria iliaca communis wegen diffusen traumatischen Aneurysmas der Iliaca externa und Femoralis; Genesung.** (Lancet, 25. Januar 1896.)

Es handelte sich um ein sicher durch Trauma (Sturz) entstandenes Aneurysma der Iliaca externa und Femoralis linkerseits, welches bereits durchgebrochen war und mit dem secundären Aneurysmasack einen grossen, die ganze Leistengegend vom grossen Trochanter bis zur Symphyse füllenden und etwa 8 cm nach oben und unten über das Poupart'sche Band reichenden Tumor bildete. Das Bein war anfangs stark geschwollen und ödematös, die oberflächlichen Venen ausgedehnt, doch später besserten sich die Circulationsverhältnisse, was für die Vornahme der Operation ausschlaggebend war. Retroperitoneal zu unterbinden, wäre in diesem Fall kaum möglich gewesen. Es wurde also unter strengster Asepsis die Bauchhöhle durch einen medianen, vom Nabel bis fast an die Symphyse reichenden Schnitt eröffnet, die Därme gegen das Diaphragma gedrängt und dort festgehalten, dann etwa über der Mitte der Arteria iliaca communis das Peritoneum durchschnitten und die daselbst normal aussehende Arterie mit starker Seide ligirt; dann die Bauchwunde durch alle Schichten durchsetzende Seidennähte geschlossen und verbunden. Nach vollkommen afrebrilem Verlauf zeigte sich am zehnten Tag die Wunde vollständig geschlossen. Die Circulation im Bein liess nichts zu wünschen übrig. Einen Monat später wurde in einer zweiten Operation der Tumor durch eine in der Richtung des Sartorius verlaufende 20 cm lange Incision eröffnet und $2^1/_4$ Pfund weicher Blutgerinnsel ausgeräumt. Die riesige Wundhöhle wurde gründlich irrigirt und mit Jodoformgaze tamponirt. Derzeit ist sie, beim besten Wohlbefinden des Patienten, noch im Begriffe, sich mit Granulationen zu füllen; die Circulation des Beines gut, die Stellung gleichfalls. Stevenson findet in der Literatur nur noch einen Fall, in dem die «Arteria iliaca communis durch das Peritoneum hindurch mit günstigem Ausgang unterbunden wurde. Er hält jedoch — bei garantirter Asepsis — die Operation für einfach und leicht ausführbar. V.

W. Murrell: Ein Fall von Morbus Addisonii, ohne Erfolg mit Nebennierenpräparaten behandelt. (Lancet, 1. Febr. 1896.)

Die Behandlung des Morbus Addisonii mit Nebennierenpräparaten ist noch nicht eingehend genug geprüft worden, doch sind die bisher erzielten Resultate nichts weniger als aufmunternd. Vorübergehende Besserungen kommen übrigens oft genug im spontanen Verlauf der Erkrankung vor, was die Beobachtung noch erschwert. In Murrell's Fall, einem ganz typischen Morbus Addisonii, der auch zur Section kam, wurde die Behandlungsmethode so sorgfältig geprüft, dass eine specifische Wirksamkeit der angewendeten Präparate sich wohl hätte zeigen müssen. Anfangs wurden durch drei Wochen Nebennierentabletten — jede 0·3 g frischen Nebennierenextractes entsprechend — gegeben. Während dieser Zeit hatte Patient öfters Uebelkeiten und Erbrechen, nahm bedeutend an Gewicht ab, während die Pigmentation fortschritt. Grössere Dosen wurden so schlecht vertragen, dass sie bald aufgegeben werden mussten. Nun wurde ein Versuch mit der Darreichung frischer Nebennieren vom Schaf — einigemale auch vom Kalb — gemacht. Obwohl nur geringe Dosen (anfangs 4, später nur 2 und endlich 1 g täglich) und diese in möglichst schmackhafter Form, auf Butterbrod, gegeben wurden, reagirte der Patient darauf jedesmal mit Uebelkeiten und Erbrechen. Als sein Zustand immer hoffnungsloser wurde, gab man die Behandlung auf. Patient verfiel allmälig und ging nach 53tägiger Spitalsbehandlung zugrunde. Die Section ergab die Nebennieren stark vergrössert und zu fibröskäsigen Massen entartet, das linke Ganglion semilunare vergrössert und grau degenerirt, das Pankreas atrophisch; in Gehirn und Nieren nichts Abnormes. V.

Erklärung.

Ich halte es nicht der Mühe werth, jenen Angriffen auf meine Person, die Herr Prof. Adamkiewicz in der «Neuen Revue» (Nr. 23, 24 und 25) veröffentlicht hat, auch nur ein Wort der Erwiderung zu widmen; da jedoch die Angriffe auch gegen meine Klinik gerichtet sind, d. h. gegen meine Assistenten, die in meiner Stellvertretung mit Herrn Prof. Adamkiewicz zu verkehren hatten — es sind dies Herr Dr. Rudolf Frank, Privatdocent für Chirurgie an der Wiener Universität und k. k. Primarchirurg am Rudolfsspitale in Wien, und Herr Dr. Julius Schnitzler, Privatdocent für Chirurgie an der Universität in Wien und k. k. ordinirender Arzt am Franz-Josefsspitale in Wien — so theile ich aus dem actenmässigen Materiale und gemeinsam mit den genannten Herren einige Punkte mit, welche das Wesentliche, der nun nach vier Jahren neuerdings aufgerührten Angelegenheit beleuchten.

Ich selbst wurde im Sommer des Jahres 1891 von dem damaligen Unterrichtsminister, Herrn Baron Gautsch von Frankenthurn ersucht, dem Krakauer Professor der Experimentalpathologie, Dr. A. Adamkiewicz, Gelegenheit zu geben, ein angebliches Verfahren, Krebse zu heilen, an meiner Klinik zu erproben, da der Mann sich, wie es scheine, mit seinen Krakauer Collegen zertragen habe. «Und wenn nur eine Spur von Heilerfolg sich zeigt, so dürfen wir den Mann nicht ziehen lassen» bemerkte Se. Excellenz. Ich fügte nur hinzu, dass wir nicht in den andern Fehler verfallen dürfen, Erfolge dort zu erblicken, wo keine zu sehen sind, weil wir nur durch das gewissenhafteste Prüfen des Verfahrens eine eventuelle Niederlage von der Wiener Schule abwenden könnten. Diese Bemerkung wurde von Sr. Excellenz gutgeheissen.

Mittels Erlasses vom 11. Juli 1891 Z. 11668 wurde das medicinische Professoren-Collegium in Wien aufgefordert, sich zu äussern, ob dem Prof. Adamkiewicz zum Zwecke weiterer Untersuchungen über die Krebserkrankung und deren Heilung eine Anzahl von Betten an einer Klinik überlassen werden könnte. In der Sitzung vom 18. Juli 1891 hat das Collegium einstimmig beschlossen, dass eine solche Modalität undurchführbar sei, dass es aber angehe, dem Prof. Adamkiewicz einzelne Krebskranke der I. chirurgischen Klinik zur Durchführung der Versuche unter ganz bestimmten Bedingungen zuzuweisen. Auf Grund dieser Anträge begann dann Professor Adamkiewicz im October 1891 die Versuche. Mit Erlass vom 10. Februar 1892, Z. 2245, fragte das hohe Unterrichtsministerium beim Professorencollegium an, ob es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, sowie der wissenschaftlichen Forschung gelegen sei, den mit Ende des Wintersemesters 1891/2 ablaufenden Urlaub des Professors Adamkiewicz zu verlängern. Einstimmig nahm das Professorencollegium mein Referat an, dass weder dieses noch jenes Interesse es wünschenswerth mache, Adamkiewicz' angebliche Heilungsversuche amtlich zu unterstützen. Die Ausführungen, die ich in diesem Berichte gab und für die ich heute noch selbstverständlich einstehe, liegen in den Acten.

Ich muss zum Schlusse hervorheben, dass ich einige Punkte in den Experimentalarbeiten Adamkiewicz', die den Hirndruck betreffen, gebilligt habe und heute noch billige, dass ich aber über die klinischen Beobachtungen desselben an Krebskranken heute wie damals das allerabfälligste Urtheil zu äussern verpflichtet bin.

Prof. E. Albert.

Die Unterzeichneten erklären:

1. Während Herr Prof. Adamkiewicz seine Versuche an der I. chirurgischen Klinik in Wien vornahm, wurde nach einer vom Vorstande dieser Klinik aufgestellten, vom k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht genehmigten, den Assistenten der Klinik

bekanntgegebenen Instruction verfahren, gegen die Herr Prof. Adamkiewicz während der Dauer seiner Versuche an der Klinik keine Einwendung erhoben hat.

2. Herrn Prof. Adamkiewicz wurde während der für die Durchführung seiner Versuche bestimmten Zeit jeder Carcinomkranke der Klinik zur Verfügung gestellt und innerhalb des dem Beginn dieser Versuche vorangehenden Septembers 1891 Material zu diesem Zwecke gesammelt. Prof. Adamkiewicz erklärte jedoch gleich bei seinem ersten Besuche an der Klinik, dass er nur vereinzelte Fälle seiner Behandlung unterziehen könne, da erstens nicht jeder Krebsfall sich für dieselbe eigne und zweitens die Durchführung seiner Behandlung, respective die Beobachtung der nach dieser Methode behandelten Krebskranken so zeitraubend sei, dass die Behandlung vieler solcher Patienten gleichzeitig ihm unmöglich sei. Die Auswahl der thatsächlich zur Behandlung kommenden Fälle traf Herr Prof. Adamkiewicz selbst.

3. Herr Prof. Adamkiewicz setzte mitunter seine Besuche an der Klinik, während sich daselbst ein von ihm behandelter Krebskranker in Pflege befand, tagelang aus. Einmal sendete er an seiner Stelle einen angeblichen Studirenden der Medicin (nicht einen promovirten Arzt) an die Klinik, damit dieser die Injection des «Krebsmittels» vornehme, ohne vorher den Vorstand der Klinik verständigt zu haben, respective ohne den betreffenden Mediciner dem Chef der Klinik oder dessen Stellvertretern vorgestellt zu haben. Selbstverständlich konnte eine derartige Behandlung durch einen hinterrücks eingeführten Substituten Prof. Adamkiewicz' nicht zugelassen werden.

4. Die von Prof. Adamkiewicz geschilderten und als Reaction auf sein Mittel gedeuteten Veränderungen an den Krebsgeschwülsten konnten weder wir, noch andere Aerzte der Klinik sehen, respective bestätigen. Sämmtliche von Prof. Adamkiewicz an der Klinik behandelten Fälle verliefen so, als wenn nichts an ihnen vorgenommen worden wäre.

Was speciell den von Prof. Adamkiewicz mehrfach erwähnten, an der Klinik wegen eines Lippenepithelioms mit Cancroïn behandelten Mann betrifft, so sah Prof. Adamkiewicz die bekannten, auf Druck sich entleerenden smegmaartigen Pfröpfe für eine durch sein Mittel hervorgerufene Reactionseiterung an. Derselbe Mann hatte infolge seines Lippenkrebses unter dem Unterkiefer mehrere geschwellte Lymphdrüsen. Prof. Adamkiewicz demonstrirte beinahe täglich, wie infolge seiner Injectionen die Lymphdrüsen kleiner und kleiner wurden, sich abschnürten, dass eine Drüse sich in zwei getheilt habe, endlich, dass einzelne der Drüsen verschwunden seien. Da Herr Prof. Adamkiewicz die Injectionen seines Mittels unter dem Unterkiefer, in der Gegend der erkrankten Lymphdrüsen, vornahm, so war es allen anderen Beobachtern des Falles klar, dass die durch die Injectionen hervorgerufene Infiltration der Haut das Durchtasten der tiefer gelegenen Lymphdrüsen erschwert hatte. Mit dem Zurückgehen der erwähnten Infiltration wurden thatsächlich die Drüsen wieder deutlich fühlbar, und als nach sechswöchentlicher Injectionsbehandlung der Patient operirt wurde, zeigte die Exstirpation, dass die Drüsen sich nicht nur nicht verkleinert hatten, sondern ansehnlich gewachsen waren. Hierdurch war auch klargestellt, dass es hohe Zeit war, den Versuch des Herrn Prof. Adamkiewicz zu unterbrechen und den Kranken der Operation zu unterziehen.

In der Krankengeschichte dieses Mannes findet sich unter dem Datum 18. November 1891, d. i. vier Tage vor der am 22. November vorgenommenen Operation, von Prof. Adamkiewicz eigenhändig die Bemerkung: «Der Patient verweigert weitere Injectionen, angeblich, weil ihm gesagt worden sei, es sei nicht besser geworden und er müsse operirt werden.» (Herr Prof. Adamkiewicz behauptet pag. 718, «Neue Revue» 1896, dass dieser Kranke ohne sein [Prof. Adamkiewicz'] Vorwissen operirt worden sei.)

Nachdem die Herren Professoren v. Dittel und v. Mosetig-Moorhof vor Vornahme der Operation den Befund aufgenommen haben, wie ihre Originalbeschreibungen noch heute nachweisen, wurde die Operation also auf Grund einer übereinstimmenden Meinung einer grösseren Zahl von Chirurgen vorgenommen. Bei diesem Falle hat Herr Prof. Adamkiewicz die Angabe gemacht, das Ephitheliom sei wesentlich gebessert, und auf die hiedurch provocirte Frage, wo nach seiner Meinung das normale Gewebe beginne, eine Stelle bezeichnet, welche evidenter Weise, und wie dies auch durch die nach der Exstirpation des Carcinoms vorgenommene Untersuchung bestätigt wurde, noch innerhalb des Krebsgebildes lag.

5. Was die am 14. Februar 1892 von Hofrath Albert in der k. k. Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Patientin (Epitheliom an der linken Nasenseite) betrifft, so hatte Prof. Adamkiewicz einen eitrigen Belag auf dem Epitheliom als eine durch sein Mittel hervorgerufene Reaction bezeichnet. Wir sahen diesen Eiter als über die benachbarte Geschwürsfläche sich ergiessendes Conjunctivalsecret an. Diese Annahme wurde von einem an die Klinik gerufenen Okulisten, wie auch von dem in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte befragten Prof. Bergmeister bestätigt. Dass Herr Prof. Adamkiewicz von der beabsichtigten Vorstellung dieser Kranken in der k. k. Gesellschaft der Aerzte gewusst hat, geht daraus hervor, dass er an dem der Sitzung vorhergehenden Vormittage seinen Unmuth über die geplante Vorstellung laut äusserte.

Prof. E. Albert.

Dr. Rud. Frank
k. k. Primararzt, emeritirter Assistent der Klinik Albert

Dr. Jul. Schnitzler
k. k. ord. Arzt, emeritirter Assistent der Klinik Albert.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

— Wien. Zum Decan der medicinischen Facultät wurde Prof. Dr. Max Gruber gewählt.

— Innsbruck. Prof. v. Rokitansky wurde zum Rector gewählt. — Privatdocent Dr. Ipsen wurde zum ausserordentlichen Professor für gerichtliche Medicin ernannt.

— Berlin. Medicinalrath Prof. Dr. Fürbringer, Director der inneren Hauptabtheilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain, ist an erster Stelle für das durch den Rücktritt von Geh.-Rath G. Lewin freigewordene Extraordinariat und die damit verbundene Leitung der Klinik für venerische Erkrankungen an der Charité in Vorschlag gebracht worden.

* Amtliche Reclame. «Studien über aseptische Methoden der Schutzpocken-Impfung. Ein aseptisches Impfbesteck». Unter diesem Titel hat der k. k. Impfdirector in dem «österreichischen Sanitätswesen Nr. 23, 1896», eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er sich namentlich über die Bedingungen einer klaglos vorzunehmenden Impfung verbreitet. Im Princip muss man allen 12 dort aufgestellten Anforderungen zustimmen und zweifellos können dieselben in Wien, namentlich in unter staatlicher Controle stehenden Impfinstituten befriedigt werden. Bei tadelloser Beschaffenheit des Impfstoffes und zweckentsprechender Technik würden wir die personelle Desinfection des Impfarztes und die des Impffeldes für einen grossen Gewinn und für nahezu genügend halten. Alles Andere ist beileibe nicht unnütz, aber kaum durchführbar. Das von Herrn Dr. S. Kohn auf Anregung des Herrn k. k. Impfdirectors — diesem mangelt dazu natürlich die Zeit — angegebene aseptische Impfbesteck ist recht hübsch und wird gewiss brauchbar sein. Dagegen müssen wir uns gegen den Schlusspassus, welcher eine amtliche Reclame für eine nicht controlirbare Specialität oder Geheimmittel ist, auf das energischeste verwahren: Wir wollen zugeben, dass Alles richtig ist, was Herr Dr. Kohn vom Epidermin (= ungarische Bartwichse) rühmt, wir wollen principiell weder von den arzneilichen, noch von den dermatotherapeutischen Eigenschaften des Präparates sprechen. Wir bedauern nur die amtliche Reclame, sei sie auch für einen Arzt, für ein von diesem angegebenes Mittel und für einen Apotheker.

* Verhandlungen des k. k. Obersten Sanitätsrathes. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 13. Juni 1896 gelangten nach Mittheilung der Einläufe durch den Vorsitzenden, O. S. R. Hofrath Prof. Dr. Ritter v. Hofmann, nachstehende Gegenstände zur Verhandlung: 1. Erstattung eines Fachgutachtens über Ersuchen des Ackerbauministeriums betreffs der sanitären Zulässigkeit der Ableitung von Färbereiwässern in ein öffentliches Gerinne. 2. Gutächtliche Aeusserung über die vom sanitätspolizeilichen Standpunkte unbedingt nothwendigen Anforderungen bei Unterbringung von Fabriksarbeitern in vom Unternehmer beigestellten Wohnungen.

Die derzeitigen Wohnungsverhältnisse der Arbeiter in den Ziegeleien der Umgebung Wien's gelangten auf Grund persönlicher Inaugenscheinnahme des Referenten zur eingehenden Darstellung, bei welcher auch die Mangelhaftigkeit der in Durchführung begriffenen Neubauten für diese Zwecke erörtert wurde. Der Oberste Sanitätsrath stellte die sanitären Minimalanforderungen an Arbeiterwohnungen unter Hinweis auf die in anderen Ländern, insbesondere in der Schweiz bereits erzielten befriedigenden Zustände fest, und beschloss eine Reihe von Anträgen, welche sich auf die Ergänzung der in sanitärer Hinsicht unzureichenden bisherigen Bestimmungen des Gewerbegesetzes als der in Oesterreich bestehenden Bauordnungen, insbesondere auch der Wiener Bauordnung, beziehen. 3. Abgabe der gutächtlichen Aeusserung über die Wirksamkeit eines einheimischen als «Lysolum bohemicum» bezeichneten Desinfectionsmittels. Schliesslich wurde die Erlassung einer Verordnung in Antrag gebracht, durch welche die Angabe des Gehaltes neuer Desinfectionspräparate an wirksamen desinficirenden Bestandtheilen auf den Behältnissen solcher Präparate zur Hintanhaltung einer sanitär unzweckmässigen Verwendung derselben angeordnet würde.

* Der n. ö. Landesausschuss übersendet uns einen Prospect der am 18. August l. J. zur Eröffnung kommenden n. ö. Landes-Pflege- und Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder zu Kierling-Gugging; wir geben aus diesem Prospecte, welchem ein ärztlicher Fragebogen über die Untersuchung eines schwachsinnigen Kindes behufs Aufnahme desselben in die Anstalt beigefügt ist, nur einige Notizen: Die Anstalt hat die Bestimmung, nach Niederösterreich zuständige, schwachsinnige Kinder beiderlei Geschlechtes möglichst zur Erwerbsfähigkeit heranzubilden, nicht bildungsfähigen dergleichen Kindern aber angemessene Pflege zutheil werden zu lassen. Nach Niederösterreich nicht zuständige Kinder können nur ausnahmsweise, nach Zulass des Raumes, Unterkunft finden. Die Verpflegung kann mit dem vollendeten 5. Lebensjahre beginnen und erstreckt sich auf die Zeit bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres. Aeltere Kinder können ausnahmsweise auf eine bestimmte Zeit in der Anstalt weiterbelassen werden, dies jedoch nur dann, wenn dieselben zu einer nützlichen Beschäftigung herangezogen werden können. — Die Anstalt steht unter der Oberleitung des niederösterr. Landesausschusses. Der ärztliche Dienst in der Anstalt wird von dem ärztlichen Personale der n. ö. Landesirrenanstalt in Kierling-Gugging besorgt. — Die Aufnahmsgesuche sind einzubringen: a) wenn es sich um die Aufnahme von Kindern handelt, für welche die ganze Verpflegsgebühr ersetzt wird, bei der Anstaltsdirection, b) bei Kindern, welche auf die unentgeltliche Verpflegung ganz oder theilweise Anspruch gemacht wird, beim niederösterr. Landesausschusse in Wien, I., Herrengasse 13; c) nicht nach Niederösterreich zuständige Kinder, für welche die Verpflegsgebühr gar nicht oder nur theilweise bezahlt werden kann, werden, nach Zulass des Raumes, nur mit Zustimmung und auf Rechnung der betreffenden Landesbehörde aufgenommen und sind daher Gesuche um Aufnahme solcher Kinder im Wege des zuständigen Landesausschusses oder bei nach Ungarn Zuständigen im Wege des königlich ungarischen Ministeriums des Innern beim niederösterr. Landesausschusse einzubringen. ad a) Gegen die von der Direction verweigerte Aufnahme ist die Berufung an den niederösterr. Landesausschuss zulässig. Bei zweifelhafter Eignung kann die persönliche Vorstellung der aufzunehmenden Kinder verlangt werden. — Die Höhe der Verpflegsgebühren, für die beiden Verpflegsclassen wird vom Landtage festgestellt und beträgt bis auf weiteres für die I. Classe 1 fl. täglich, für die zweite Classe 60 kr. täglich. Die Verpflegsgebühr ist bei der Aufnahme in der Verwaltungskanzlei für mindestens einen Monat im voraus zu entrichten und muss auch weiterhin im voraus bezahlt werden. Für nach Niederösterreich zuständige mittellose Pfleglinge werden die Verpflegsgebühren II. Classe je nach den Verhältnissen ganz oder theilweise ohne Inanspruchnahme der Bezirksarmenfonds vom n. ö. Landesfonds bestritten. Eine Ermässigung der Verpflegsgebür I. Classe ist grundsätzlich ausgeschlossen. — Die Anstalt zerfällt in eine Beschäftigungs- und in eine Pflegeabtheilung. In der Beschäftigungsabtheilung erhalten die einigermaassen bildungsfähigen schwachsinnigen Kinder die erste Erziehung. Sie werden dazu angeregt, sich rein zu erhalten, allein essen zu lernen, den Gebrauch der Sinne zu üben, sie lernen sprechen, Bewegungs- und Singspiele, und werden allmählich zu leichten nützlichen Handarbeiten im Hause und Garten, auf dem Felde, sowie nach Maassgabe besonderer Befähigung in gewerblichen Werkstätten herangebildet. Selbstverständlich wird auf eine vernünftige Körperpflege, angemessene Ernährung und auf ausreichende Erholung der Kinder das Hauptaugenmerk verwendet. In der Pflegeabtheilung werden die gänzlich bildungsunfähigen schwach- und blödsinnigen Kinder mit Sorgfalt und Hingebung betreut und wird dahin getrachtet, denselben durch rationelle Ernährung sowie durch Ordnung, Reinlichkeit und thunlichst viel Bewegung im Freien eine menschenwürdige Existenz zu bereiten.

* Pistyan. Wie uns aus dem Bade Pistyan mitgetheilt wird, hat Badearzt Dr. Weisz sein Institut für Heilgymnastik und Orthopädie daselbst eröffnet. In demselben finden auch kranke Kinder, besonders an Knochen- und Gelenkstuberculose leidende, mit und ohne Begleitung, Aufnahme.

Aerztliche Gesellschaften.

Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien. Dienstag, den 23. Juni 1896, 7 Uhr Abends im Hörsaale der Klinik Wagner in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt: 1. Demonstrationen. 2. Privatdocent Dr. Redlich und Dr. Kaufmann: Ueber Ohrbefunde bei Gehörshallucinanten. Nach der Sitzung gesellige Zusammenkunft im Garten der niederösterreichischen Landesirrenanstalt.

Curse.

Doc. Dr. Schnitzler: Chirurgisch-operativer Curs mit Uebungen an der Leiche. Beginn: 20. Juni. Dauer: 4—6 Wochen. Honorar: 40 fl. Klinik Braun. Von 6—8 Uhr Abends.

Doc. Dr. Grossmann: Laryngoskopie und Rhinoskopie. Beginn: 22. Juni. Dauer: 5—6 Wochen. Honorar: Doctoren 20 fl., Studenten 10 fl. Directionsgebäude des allgemeinen Krankenhauses.

Ferialcurse an der Wiener medicinischen Facultät 1896.

Es werden zwei Cyclen von Cursen gelesen; der 1. Cyclus beginnt am 3. August, der 2. Cyclus am 1. September. Jeder Cyclus dauert 4 Wochen. Die Inscription erfolgt bei den betreffenden Herren Docenten (resp. Assistenten) und ist das Honorar an dieselben direct im Vorhinein zu entrichten. Auskünfte über die Ferialcurse werden im medicinischen Decanate ertheilt.

(Ausführliches Programm folgt.)

Aerztliche Stellen.

Gemeindearztesstelle in Kuna, polit. Bezirk Curzola (Dalmatien). 900 fl. Jahresgehalt, in Monatsraten zahlbar. Verbindlichkeit: Behandlung der 2305 Einwohner, wofür besonderer Vertrag auf 3 Jahre zu schliessen ist. Erfordernisse: Haltung einer Hausapotheke, Doctorat der gesammten Heilkunde, Kenntniss der serbo-kroatischen Sprache, österreichische Staatsbürgerschaft in einem der im Reichsrathe vertretenen Länder. Gesuche bis 30. Juni l. J. an das Gemeindeamt Kuna.

Districtsarztesstelle in Lubien wielki, Bezirk Grodek (Galizien), für 14 Gemeinden mit 12.704 Einwohnern. Gehalt 500 fl. Reisepauschale 300 fl. Entsprechend adjustirte Gesuche sind längstens bis 30. Juni d. J. beim Bezirksausschuss in Grodek einzubringen.

Districtsarztesstelle in Błażowa, Bezirk Rzeszow (Galizien), für 18 Gemeinden. Gehalt 500 fl. Reisepauschale 400 fl. Gesuche sind bis 30. Juni l. J. beim Bezirksausschusse in Rzeszow einzubringen.

Zwei Stadtarztesstellen in Jägerndorf (Schlesien). Gehalt 800 fl. für den ersten, 500 fl. für den zweiten Stadtarzt, zwei Quinquennalzulagen von 10 Percent des Gehaltes, Anspruch auf Ruhebezüge nach dem für die städtischen Beamten bestehenden Pensionsnormale. Die Besetzung erfolgt vorläufig provisorisch auf ein Jahr. Bewerber müssen österreichische Staatsbürger, Doctoren der gesammten Heilkunde, unbescholten, der deutschen Sprache in Wort und Schrift mächtig sein und Kenntnisse in der Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln nachweisen. Die instruirten Gesuche sind bis 30. Juni l. J. beim Stadtvorstande einzubringen, welcher auch Auskünfte über die den Stadtärzten zukommenden Obliegenheiten ertheilt.

Districtsarztesstelle im Sanitätsdistricte Seckau (Steiermark) mit einer Subvention von 250 fl. aus dem Landesfonde für das Jahr 1896, sowie eines Beitrages von jährlichen 50 fl. seitens des Bezirkes Knittelfeld und jährlichen 100 fl. von den zugehörigen Gemeinden Durnberg, Galt und Seckau. Gesuche sind bis 30. Juni d. J. an den Sanitätsdistrictsausschuss Seckau einzusenden.

Districtsarztesstelle für den aus 5 Gemeinden: Grafenstein, Hörtendorf, Mieger, Radsberg und Poggersdorf, mit 6307 Einwohnern bestehenden Sanitätsdistrict Grafenstein im Gerichtsbezirke Klagenfurt Umgebung mit dem Sitze in Grafenstein (Kärnten). Jahresremuneration 600 fl., in Monatsraten von der kärntnerischen Landeskasse, sowie ein Jahrespauschale von 120 fl. von Seite der Gemeinde Grafenstein für die Besorgung der Sanitätsgeschäfte in dieser Gemeinde. Ausserdem hat der Districtsarzt für die Reisen in Sanitätsangelegenheiten der politischen Verwaltung, für die Vornahme der Impfung und für die Besorgung der Sanitätsgeschäfte in den übrigen vier Gemeinden Anspruch auf die in der Kundmachung der Landesregierung vom 17. März 1896, Z. 3182, L. G. Bl. Nr. 9 enthaltenen Gebühren. Der Sitz des Districtsarztes, Grafenstein, ist eine Eisenbahnstation und 14 Kilometer von der Stadt Klagenfurt entfernt. Die gegenseitige Kündigungsfrist beträgt zwei Monate. Bewerber um diese Stelle, mit welcher auch die Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke verbunden ist, wollen ihre vollständig instruirten, auch mit dem Tauf- oder Geburtsscheine versehenen gestempelten Gesuche bis zum 25. Juni 1896 bei der Bezirkshauptmannschaft in Klagenfurt einbringen.

Verantwortlicher Redacteur: Adolf Bauer. Verlag von Alfred Hölder in Wien. Druck von M. Engel & Söhne in Wien.

WIENER KLINISCHE RUNDSCHAU.

Organ für die gesammte praktische Heilkunde
sowie für die
Interessen des ärztlichen Standes
unter Mitwirkung der Professoren
Baccelli (Rom), **Bassini** (Padua), **Bernheim** (Nancy), **Buchanan** (Glasgow), **Crocq** (Brüssel), **Fraser** (Edinburgh), **de Giovanni** (Padua), **Heryng** (Warschau), Docent **Heymann** (Berlin), **Huchard** (Paris), **Ladame** (Genf), **Leichtenstern** (Köln), **Morselli** (Genua), **Murri** (Bologna), **Oertel** (München), **Rosenbach** (Breslau), **Thiry** (Brüssel)
redigirt von
Privatdocent Dr. HEINRICH PASCHKIS.

Verlagseigenthum von ALFRED HÖLDER, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien, I., Rothenthurmstrasse 15.

Die „**Wiener klinische Rundschau**“ erscheint jeden Sonntag im durchschnittlichen Umfange von 2 bis 2½ Bogen. — **Pränumerationspreis für Oesterreich-Ungarn** ganzjährig 10 fl., halbjährig 5 fl., vierteljährig 2 fl. 50 kr.; für das **Deutsche Reich** ganzjährig 20 M., halbjährig 10 M., vierteljährig 5 M.; für die **übrigen Staaten** ganzjährig 25 Frcs., halbjährig 12 Frcs. 50 Ctms. — **Bestellungen** übernehmen alle Buchhandlungen, Postämter und die Verlagshandlung, an welch letztere auch die **Insertionsaufträge** zu senden sind. — Für die **Redaction** bestimmte Zusendungen (Manuscripte, Briefe, Drucksachen), sind an **Dr. Heinrich Paschkis in Wien, I.,** Rudolfsplatz 12, zu richten.

X. Jahrgang. — Wien, 28. Juni 1896. — Nr. 26.

Originalartikel, Berichte aus Kliniken und Spitälern.

Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter.*)

Von

Leopold v. Dittel jun. in Wien.

Mit Untersuchungen über das untere Uterinsegment beschäftigt wendete ich mein Interesse, hauptsächlich angeregt durch Dührssen's Arbeit: «Beitrag zur Anatomie, Physiologie und Pathologie der Portio vaginalis uteri» (Archiv f. Gyn. XLI), auch obbenanntem Thema zu.

So habe ich manches Präparat, das ich zunächst und hauptsächlich in Hinblick auf die «Cervixfrage» bearbeitete, auch bezüglich der elastischen Fasern untersucht.

Da ich dabei einige ganz lehrreiche mikroskopische Präparate erhalten habe, so sei es mir umsomehr erlaubt, einige Worte darüber zu sagen, als einerseits sich mein Material auch über Uteri am Ende der Schwangerschaft und solche, die im Beginn der Geburt gestanden waren, erstreckt, bei denen nicht nur die Portio, sondern auch Stücke aus höher gelegenen Partien des Uterus untersucht wurden, andererseits ausser der genannten Arbeit und jener Acconci's: Contributo allo studio dell' anatomia e fisiologia dell' utero gestante e partoriente, Estratto dal Giornale della Regia Accademia di medicina, Anno 1890, num. 7 (auch von Dührssen citirt), sich meines Wissens keine andere in eingehender Weise mit dieser Frage beschäftigt.

Zur Färbung benützte ich die von Unna (Elastin und Elacin, Monatshefte für praktische Dermatologie, unter Mitwirkung Taenzer's redigirt von Unna, XIX. Band, 1894) empfohlene Orceinmethode. Ich habe die Verdunstung meistens mittelst des Thermostaten erzielt, selten durch Stehenlassen der Lösung mit den Schnitten bei ungenügender Bedeckung des Schälchens. Ich war von der Färbung mehr befriedigt, wenn ich das Celloidin vorher mittelst Aetheralkohol ausgezogen hatte. Die Wasserspülung vor der Montirung, die Unna für nicht absolut nöthig, aber vortheilhaft erklärt, habe ich immer gemacht. Bevor ich die Schnitte in Alkohol absolutus brachte, legte ich sie manchmal in 95% Alkohol.

Was Dührssen's Angaben über die elastischen Fasern der Portio vaginalis der geschlechtsreifen nicht schwangeren Frau betrifft, habe ich nur wenige Nachuntersuchungen gemacht und dabei seine Angaben bestätigt gefunden.

Dührssen's Worte lauten: «Durch diese Methoden fand ich die interessante Thatsache, dass die elastischen Fasern der Portio vaginalis in ganz typischer Weise vertheilt sind. Jene beiden gleich grossen Abschnitte der Portio, welche sich schon makroskopisch durch ihre verschiedene Consistenz und mikroskopisch durch den Reichthum glatter Muskelfasern im centralen Abschnitte von einander unterscheiden, grenzen sich nämlich weiter dadurch scharf gegen einander ab, dass der periphere Abschnitt sehr reichlich elastische Fasern enthält, während dieselben im centralen Abschnitt fast gänzlich fehlen.»

Wenn es in der Beschreibung heisst: «Mehr nach dem Muttermunde hin steht das oberflächliche mit dem tiefen Netz elastischer Fasern nur durch langgestreckte fadenförmige Ausläufer in Verbindung» und «das tiefe Fasernetz endet etwa 2·5 mm von der Spitze des excidirten Stückes entfernt», so möchte ich nur bemerken, dass in manchen meiner Präparate die Verbindungszüge zwischen oberflächlichem und tiefem Netz weniger gut ausgeprägt erschienen, wenn auch die elastischen Fasern an den Gefässen sehr schön zu sehen waren. Was das Enden des tiefen Fasernetzes anlangt, so konnte ich doch noch manchmal auch höher oben einzelne in die Tiefe ziehende, besonders die den Gefässen zukommenden Fasern sehen. Ueberhaupt sind letztere in meinen Präparaten besser als bei Dührssen sowie bei Acconci zur Dar-

*) Nach einem in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (Sitzung am 22. Februar 1896) gehaltenen Vortrage.

stellung gekommen. Insbesondere trifft das für die in regelmässiger Verschlingung, wenn ich so sagen darf, verlaufende «Elastica Intimae» zu. Am wenigsten elastische Fasern überhaupt sieht man — auch beim später zu erwähnenden schwangeren Uterus — am Fundus, fast nur dicht unter dem Peritoneum abschweifende Fasern.

Auch ich sah jene mit Muskelfasern gleichlaufenden elastischen Fasern, die Dührssen bei Beschreibung der hinteren Lippe erwähnt.

Die Präparate, den kreissenden Uterus betreffend, erhielt ich bei Bearbeitung jenes Uterus, welchen ich aus anderem Anlasse in meinem am VI. Gynäkologischen Congress, Wien 1895, gehaltenen Vortrag: Unteres Uterinsegment und Cervix (siehe Verhandlungen dieses Congresses, auch Wiener klinische Wochenschrift 1895, S. 634) besprochen habe. Wie dort ersichtlich, hatten bei der Frau, Erstgebärenden, von welcher das Präparat herrührt, bereits Wehen bestanden. Der Muttermund war für einen Finger durchgängig. (Bezüglich näherer Daten verweise ich auf jenen Vortrag.)

Hinsichtlich der die Physiologie der Geburt betreffenden Fragen sind selbstverständlich die Bilder der Portio des nicht schwangeren und des schwangeren, kreissenden Uterus in Vergleich zu ziehen.

Ich gelange nun zur Besprechung der Abbildungen.

Fig. 1 ist ein Schnitt durch die Cervix und einen Theil des Corpus des oben erwähnten Uterus. Die Abgrenzung der beiden Schichten ist, wie es von vorneherein bei der Ausdehnung und Spannung der Wandung anzunehmen ist, grösstentheils verwischt. Auch bei Beschreibung der Portio eines puerperalen Uterus heisst es bei Dührssen: «An der Lippe ist der Uebergang des oberflächlichen, direct unter dem Epithel gelegenen Fasernetzes in das tiefere Netz ein ganz allmäliger.» Wir finden die grösste Menge der elastischen Fasern eben aussen, an der Peripherie, hier unter dem Plattenepithelsaum, (höher oben unter dem Peritoneum). Von dort an, wo dieser aufhört, bei *d*, verringert sich der Reichthum an elastischen Fasern rasch.

Dührssen zieht die Vertheilung von glatter Muskulatur und elastischen Fasern in der Portio vaginalis zur Erklärung für die Eröffnung des äusseren Muttermundes, für das Verschwinden des Muttermundsaumes heran. Er nimmt an, dass die Portio bei der Geburt zum Theil in den Uterus, zum Theil in die Vagina aufgeht und zwar die centrale Schichte (glatte Muskulatur) in erstere, die periphere in letztere.

Es heisst bei Dührssen:

«Bezüglich der Physiologie der Geburt scheint mir die geschilderte histologische Zusammensetzung der Portio vaginalis eine exacte Erklärung für die Eröffnung des äusseren Muttermundes, für das Verschwinden des Muttermundsaumes zu gewähren. Dieser Saum wird ja bei Erstgebärenden von der Portio vaginalis allein gebildet. Er stellt ein Septum dar, welches die obere schon formirte Hälfte des «Durchschnittsschlauches» Schröder's von der unteren Hälfte bis auf die kleine Muttermundsöffnung vollständig trennt. Was wird nun aus diesem Septum? — Das ist eine Frage, die noch keine exacte Beantwortung erfahren hat. Ist das Septum in seiner Totalität ein so elastisches Gebilde, dass es durch den Druck der Fruchtblase in seinem Volumen auf ein Minimum reducirt und einfach an die Wand gedrückt wird? Ist also die wenig vorspringende Falte des Braune'schen Durchschnittes die ganze stark comprimirte Portio vaginalis uteri? Sie ist es nicht, da eine solche Elasticität der Portio vorausgesetzt, die Portio sich nach Aufhören des Druckes, also nach der Geburt, sofort wieder zu ihrer früheren Grösse ausdehnen müsste. Dies ist aber, wie die Betrachtung puerperaler Uteri lehrt, nicht der Fall. Die Portio vaginalis ist bei ihnen nur durch einen wenig vorspringenden kleinen Wulst gekennzeichnet.

Dieser Wulst stellt nur einen Theil der Portio dar, die meiner Ansicht nach bei der Geburt theils in den Uterus und theils in die Vagina aufgeht. Die Portio wird in ihrer Substanz selbst getrennt, theils durch den Zug der Uterusmuskulatur von oben her,



Fig. 1.

a) Eihäute. *b*) Ende der Decidua. *c*) Cervix. *d*) Pflasterepithel der Portio vaginalis.

theils durch den in horizontaler Richtung wirkenden Druck der Fruchtblase oder des vorliegenden Theiles. Hierbei verbleibt der centrale Abschnitt der Portio dem Uterus, der periphere dagegen verschmilzt völlig mit der Vaginalwand.

Eine solche Entfaltung oder besser Auseinanderfaltung der Portio theils durch Zug, theils durch Druck ist nur möglich — und nichts Anderes ist möglich — bei einer derartigen Zusammensetzung der Portio, wie ich sie eben beschrieben habe. Bestände die Portio nur aus elastischem Gewebe, so würde sie, wie schon erwähnt, durch die Fruchtblase einfach zusammengedrückt werden. Bestände sie nur aus Muskulatur und Bindgewebe ohne elastische Fasern, so würde der Muttermund sich nur sehr schwer und nur nach vorausgegangenen stärkeren Zerreissungen erweitern, da dieses gewöhnliche Bindegewebe den ursprünglichen Zusammenhang der Muskulatur der Portio mit der Scheide aufrecht zu erhalten suchen würde.

Natürlich werden bei der Auseinanderfaltung der Portio die elastischen Fasern um so stärker gespannt, je weiter sie nach der Peripherie hin liegen. Den stärksten Zug werden diejenigen elastischen Fasern erfahren, welche die Verbindung zwischen Scheide und supravaginaler Partio des Uterus vermitteln. Ihre Dehnung wird indessen bei normaler Geburt keine übermässige sein, da die Zugwirkung sich auch auf die zahlreichen elastischen Fasern der Scheide selbst überträgt.»

(Schluss folgt.)

Die Staarkrankheit, ihre Ursache und Verhütung.

Von

Dr. Wilhelm Schoen in Leipzig.

(Fortsetzung.*)

Vertheilung der 1202 Staaraugen auf die Refractionszustände:

Hypermetropie	35%
Astigmatismus	36%
Emmetropie	16%
Myopie	13%
	1202 = 100%

Für die ziemlich regelmässige radspeichenartige Anordnung vermochten die bisherigen Theorien durchaus keine Deutung auch nur von der geringsten Wahrscheinlichkeit beizubringen. Jetzt ist sie leicht verständlich geworden. Die Zonulafasern bilden Gruppen, von denen je eine in der Regel einem Ciliarfortsatz entspricht. Auf den Abhängen der Ciliarfortsätze findet eine grössere Anzahl Fasern Platz. Je dichter die Zahl der Fasern an einer Stelle liegt, desto kräftiger wirkt dort der Zug. Die Zahl der Ciliarfortsätze ist nicht ganz beständig, auch sind sie nicht gleich stark entwickelt. Dementsprechend ist die Zahl der Fasergruppen und der Abstand ihrer Mitten ebenfalls etwas wechselnd und nicht immer gleich der mittleren Ciliarfortsatzzahl. Wenn die Zahl der Ciliarfortsätze 70 beträgt, so würde der Abstand der Fasergruppenmitten betragen:

am Uebergangssaum der Netzhaut	0·8 mm
am Ciliarkörperfortsatzring	0·45 mm
am Linsenäquator	0·4 mm
1 mm vor dem Linsenäquator	0·3 mm.

Vor Jahren habe ich am Lebenden in einem günstigen Falle den Abstand der Streifen = 0·3 mm gemessen. Damals hatte ich noch keine Ahnung von der Ursache der Anordnung.

Zur Reife und zur Operation kommt der Staar erst im Alter, der Staar an sich ist aber gar nicht Alterserscheinung. Die Anfänge kommen schon sehr früh vor. Das Auge, welches im 60. Jahre operirt wird, hat schon im 20. oder 30. Lebensjahre die Anfänge beherbergt. Von den 1202 Staaraugen entfallen 61 auf Leute unter 20, 191 auf Leute von 20 bis 30 Lebensjahren. Eine Erkrankung, die vor dem 20. Lebensjahre beginnt, als senile zu bezeichnen, würde aber einfach absurd sein. Die Anfangserscheinungen in den jungen Augen sind genau dieselben, wie in den älteren. Oft ist Gelegenheit, einen Zwanzigjährigen mit vollständigem Dachreiterkranz neben einen Vierzigjährigen, der nur die ersten Streifen und Punkte aufweist, zu stellen. Die oft hervorgehobene Erblichkeit des grauen Staares in Familien erklärt sich in der einfachsten Weise durch die Erblichkeit der Refractionsfehler.[40])

Die Staaroperation ist nicht mehr so schlimm, wie vor 20 Jahren, die Erfolge sind ausgezeichnet, ein Vergnügen ist das Operirtwerden aber doch nicht. Schlimmer noch als die Operation selbst sind die vorausgehenden Jahre. Erstens kommt in Betracht die Sorge und Angst, sobald die Abnahme des Sehvermögens entdeckt wird, dann zwei Jahre mehr oder weniger vollständiger Arbeitsunfähigkeit und Hilflosigkeit.

Die Aufregung der Operation ist bei dem Alter, worin sie vorfällt, auch nicht zu unterschätzen und zieht manche schwere Folgen, öfter wohl gar ein frühes Ende nach sich.

Der Staar ist aber kein unvermeidliches Verhängniss, das hinnehmen muss, wen's trifft. Sieht man die Augen, bevor die Anfänge da sind, dies muss allerdings schon früh sein, so kann man Rathschläge geben, welche Ueberanstrengung die Accommodation unnöthig machen und deren Befolgung das Auftreten des Leidens bis in das höchste Alter verhütet. Auch wenn die ersten Anfänge vorhanden sind, lässt sich die Weiterentwicklung verhindern oder wenn sie schon weiter vorgeschritten sind, wenigstens verzögern. Ich habe mehrere 50- und 60 jährige Kranke, bei denen seit 8 Jahren die Erkrankung nicht vorgeschritten ist, obgleich damals schon vollständige Dachreiterkränze vorhanden waren. Es ist nothwendig, auch junge Augen zugleich mit der Refractionsprüfung regelmässig auf Aequatorialkatarakt zu untersuchen und jede durch Hypermetropie, Astigmatismus, Insufficienz der Interni u. s. w. bedingte Accommodations-Ueberanstrengung unnöthig zu machen.

Das Glaukoma oder der grüne Staar.

Als Brisseau die Linse für den grauen Staar in Anspruch nahm, musste die unheilbare Form der Glaukosis, welche den Namen Glaukoma weiter führte, weichen. Das ursprünglich recht nebelhafte Krankheitsbild gestaltete sich allmählig zugleich schärfer und umfassender, indem zu der unaufhaltsamen Verschlechterung des Sehvermögens und der Verfärbung der Pupille bald noch die Symptome: Schmerzhaftigkeit und Neuralgie sowie Erweiterung der Pupille, Trübung der Hornhaut und perikorneale Injection hinzukamen. Hauptsymptom blieb die Glaucosis, die vorläufig das Band darstellte, welches die verschiedenen Krankheitsformen zusammenhielt. Auf diese Verfärbung der Pupille wurde immer noch der grösste Werth gelegt und über den Farbenton, sowie die denselben hervorbringende Ursache viel gestritten. Einige wollten darunter einen blaugrauen, Andere einen meergrünen Ton verstanden wissen.

Die Härte des Bulbus scheint Plattner zuerst erwähnt zu haben[41]). Farini spricht von fast steinharten Glaukom-

---

*) Siehe Wiener klin. Rundschau 1896, Nr. 19, 20, 21, 23—25.

[40]) Es mag dies nachfolgendes Beispiel erläutern Eine Mutter und drei Kinder sind sämmtlich hypermetropisch. Sie waren ohne Brillen, nur die Mutter hatte eine ungenügende für die Nähe gebraucht, aber keine für die Ferne. Die Mutter hat vorgeschrittenen Staar, die ältere, jedoch erst 27jährige Tochter schon deutliche und zahlreiche Trübungen im Aequator der Linsen beider Augen.

K. 54 w	+ 13 (+ 8)	hochgradige	Excavation	und	Aequatorialkatarakt
	+ 36 (+ 11)	»	»	»	»
27 w	+ 36	»	»	»	»
	+ 36	»	»	»	»
12 m	+ 48 + c 48 ‖ 110°	—	—	—	—
	+ 48	—	—	—	—
10 w	+ 10	»	»	»	—
	+ 10	»	»	»	—

Hätten die jüngeren Kinder jetzt keine Brillen bekommen, so würden sie 10 bis 15 Jahre später auch schon Linsentrübungen aufzuweisen haben.

[41]) Inst. chirurg. rat. Lips. 1758, § 1309.

augen. Seit Mackenzie erfährt dies Symptom regelmässige Beachtung, ohne aber als Hauptsymptom zu gelten.

Vor Ruete und Stellwag scheint die Abflachung der vorderen Kammer nicht erwähnt zu sein. Ersterer führt sie auf Vordrängen der Linse durch vis a tergo beziehendlich auf Schwellung der Linse selbst zurück, letzterer leitet sie dagegen von verminderter Kammerwasser-Absonderung her. Epochemachend waren ferner die Entdeckung der Excavation und endlich ist als wichtige Erscheinung noch die Gesichtsfeldbeschränkung zu erwähnen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Aetiologie der Hysterie.

Von

Dr. Sigm. Freud.

(Schluss.*)

III.

Meine Herren, das Problem, dessen Ansätze ich soeben formulirt habe, betrifft den Mechanismus der hysterischen Symptombildung. Wir sind aber genöthigt, die Verursachung dieser Symptome darzustellen, ohne diesen Mechanismus in Betracht zu ziehen, was eine unvermeidliche Einbusse an Abrundung und Durchsichtigkeit unserer Erörterung mit sich bringt. Kehren wir zur Rolle der infantilen Sexualscenen zurück. Ich fürchte, ich könnte Sie zur Ueberschätzung von deren symptomenbildender Kraft verleitet haben. Ich betone darum nochmals, dass jeder Fall von Hysterie Symptome aufweist, deren Determinirung nicht aus infantilen, sondern aus späteren, oft aus recenten Erlebnissen herstammt. Ein anderer Antheil der Symptome geht freilich auf die allerfrühesten Erlebnisse zurück, ist gleichsam vom ältesten Adel. Dahin gehören vor Allem die so zahlreichen und mannigfaltigen Sensationen und Parästhesien an den Genitalien und anderen Körperstellen, die einfach dem Empfindungsinhalt der Infantilscenen in hallucinatorischer Reproduction, oft auch in schmerzhafter Verstärkung, entsprechen.

Eine andere Reihe überaus gemeiner hysterischer Phänomene, der schmerzhafte Harndrang, die Sensationen bei der Defäcation, Störungen der Darmthätigkeit, das Würgen und Erbrechen, Magenbeschwerden und Speise-Ekel gab sich in meinen Analysen gleichfalls — und zwar mit überraschender Regelmässigkeit — als Derivat derselben Kindererlebnisse zu erkennen und erklärte sich mühelos aus constanten Eigenthümlichkeiten derselben. Die infantilen Sexualscenen sind nämlich arge Zumuthungen für das Gefühl eines sexuell normalen Menschen, sie enthalten alle Ausschreitungen, die von Wüstlingen und Impotenten bekannt sind, bei denen Mundhöhle und Darmausgang missbräuchlich zu sexueller Verwendung gelangen. Die Verwunderung hierüber weicht beim Arzte alsbald einem völligen Verständniss. Von Personen, die kein Bedenken tragen, ihre sexuellen Bedürfnisse an Kindern zu befriedigen, kann man nicht erwarten, dass sie an Nuancen in der Weise dieser Befriedigung Anstoss nehmen, und die dem Kindesalter anhaftende sexuelle Impotenz drängt unausbleiblich zu denselben Surrogathandlungen, zu denen sich der Erwachsene im Falle erworbener Impotenz erniedrigt. Alle die seltsamen Bedingungen, unter denen das ungleiche Paar sein Liebesverhältniss fortführt; — der Erwachsene, der sich seinem Antheil an der gegenseitigen Abhängigkeit nicht entziehen kann, wie sie aus einer sexuellen Beziehung nothwendig hervorgeht, der dabei doch mit aller Autorität und dem Rechte der Züchtigung ausgerüstet ist, und zur ungehemmten Befriedigung seiner Launen die eine Rolle mit der anderen vertauscht; das Kind dieser Willkür in seiner Hilflosigkeit preisgegeben, vorzeitig zu allen Empfindlichkeiten erweckt und allen Enttäuschungen ausgesetzt, häufig in der Ausübung der ihm zugewiesenen sexuellen Leistungen durch seine unvollkommene Beherrschung der natürlichen Bedürfnisse unterbrochen; alle diese grotesken und doch tragischen Missverhältnisse prägen sich in der ferneren Entwicklung des Individuums und seiner Neurose in einer Unzahl von Dauereffecten aus, die der eingehendsten Verfolgung würdig wären. Wo sich das Verhältniss zwischen zwei Kindern abspielt, bleibt der Charakter der Sexualscenen doch der nämliche abstossende, da ja jedes Kinderverhältniss eine vorausgegangene Verführung des einen Kindes durch einen Erwachsenen postulirt. Die psychischen Folgen eines solchen Kinderverhältnisses sind ganz ausserordentlich tiefgreifende; die beiden Personen bleiben für ihre ganze Lebenszeit durch ein unsichtbares Band miteinander verknüpft.

Gelegentlich sind es Nebenumstände dieser infantilen Sexualscenen, welche in späteren Jahren zu determinirender Macht für die Symptome der Neurose gelangen. So hat in einem meiner Fälle der Umstand, dass das Kind abgerichtet wurde, mit seinem Fuss die Genitalien der Erwachsenen zu erregen, hingereicht, um Jahre hindurch die neurotische Aufmerksamkeit auf die Beine und deren Function zu fixiren und schliesslich eine hysterische Paraplegie zu erzeugen. In einem anderen Falle wäre es räthselhaft geblieben, warum die Kranke in ihren Angstanfällen, die gewisse Tagesstunden bevorzugten, gerade eine einzige von ihren zahlreichen Schwestern zu ihrer Beruhigung nicht von ihrer Seite lassen wollte, wenn die Analyse nicht ergeben hätte, dass der Attentäter seinerzeit sich bei jedem dieser Besuche erkundigt hatte, ob diese Schwester zu Hause sei, von der er eine Störung befürchten musste.

Es kommt vor, dass die determinirende Kraft der Infantilscenen sich so sehr verbirgt, dass sie bei oberflächlicher Analyse übersehen werden muss. Man vermeint dann, man habe die Erklärung eines gewissen Symptoms im Inhalt einer der späteren Scenen gefunden, und stösst im Verlaufe der Arbeit auf denselben Inhalt in einer der Infantilscenen, so dass man sich schliesslich sagen muss, die spätere Scene verdanke ihre Kraft, Symptome zu determiniren, doch nur ihrer Uebereinstimmung mit der früheren. Ich will darum die spätere Scene nicht als bedeutungslos hinstellen; wenn ich die Aufgabe hätte, die Regeln der hysterischen Symptombildung vor Ihnen zu erörtern, würde ich als eine dieser Regeln anerkennen müssen, dass zum Symptom jene Vorstellung auserwählt wird, zu deren Hebung mehrere Momente zusammenwirken, die von verschiedenen Seiten her gleichzeitig geweckt wird, was ich an anderer Stelle durch den Satz auszudrücken versucht habe: Die hysterischen Symptome seien überdeterminirt.

Noch eines, meine Herren; ich habe zwar vorhin das Verhältniss der recenten Aetiologie zur infantilen als ein besonderes Thema bei Seite gerückt; aber ich kann doch den Gegenstand nicht verlassen, ohne diesen Vorsatz durch wenigstens eine Bemerkung zu übertreten. Sie gestehen mir zu, es ist vor Allem eine Thatsache, die uns am psychologischen Verständniss der hysterischen Phänomene irre werden lässt, die uns zu warnen scheint, psychische Acte bei Hysterischen und bei Normalen mit gleichem Maass zu messen. Es ist dies das Missverhältniss zwischen psychisch erregendem Reiz und psychischer Reaction, das wir bei den Hysterischen antreffen, welches wir durch die Annahme einer allgemeinen abnormen Reizbarkeit zu decken suchen und häufig physiologisch zu erklären bemüht sind, als ob gewisse, der Uebertragung dienende Hirnorgane sich bei den Kranken in einem besonderen chemischen Zustande befänden, etwa wie die Spinalcentren des Strychninfrosches, oder sich dem Einflusse höherer hemmender Centren entzogen hätten, wie im vivisectorischen Thierexperiment. Beide Auffassungen mögen hier und dort zur Erklärung der hysterischen Phänomene vollberechtigt sein. Das stelle ich nicht in Abrede; aber der Hauptantheil des Phänomens, der abnormen, übergrossen, hysterischen Reaction auf psychische Reize lässt eine andere Erklärung zu, die durch zahllose Beispiele aus den Analysen

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 22—25.

gestützt wird. Und diese Erklärung lautet: Die Reaction der Hysterischen ist eine nur scheinbar übertriebene; sie muss uns so erscheinen, weil wir nur einen kleinen Theil der Motive kennen, aus denen sie erfolgt.

In Wirklichkeit ist diese Reaction proportional dem erregenden Reiz, also normal und psychologisch verständlich. Wir sehen dies sofort ein, wenn die Analyse zu den manifesten, dem Kranken bewussten Motiven jene anderen Motive hinzugefügt hat, die gewirkt haben, ohne dass der Kranke um sie wusste, die er uns also nicht mittheilen konnte.

Ich könnte Stunden damit ausfüllen, Ihnen diesen wichtigen Satz für den ganzen Umfang der psychischen Thätigkeit bei Hysterischen zu erweisen, muss mich aber hier auf wenige Beispiele beschränken. Sie erinnern sich an die so häufige seelische «Empfindlichkeit» der Hysterischen, die sie auf die leiseste Andeutung einer Geringschätzung reagiren lässt, als seien sie tödtlich beleidigt worden. Was würden Sie nun denken, wenn Sie eine solche hochgradige Verletzbarkeit bei geringfügigen Anlässen zwischen zwei gesunden Menschen, etwa Ehegatten, beobachten würden? Sie würden gewiss den Schluss ziehen, die eheliche Scene, der Sie beigewohnt, sei nicht allein das Ergebniss des letzten kleinlichen Anlasses, sondern da habe sich durch lange Zeit Zündstoff angehäuft, der nun in seiner ganzen Masse durch den letzten Anstoss zur Explosion gebracht worden sei.

Bitte, übertragen Sie denselben Gedankengang auf die Hysterischen. Nicht die letzte an sich minimale Kränkung ist es, die den Weinkrampf, den Ausbruch von Verzweiflung, den Selbstmordversuch erzeugt, mit Missachtung des Satzes von der Proportionalität des Effects und der Ursache, sondern diese kleine actuelle Kränkung hat die Erinnerungen so vieler und intensiverer, früherer Kränkungen geweckt und zur Wirkung gebracht, hinter denen allen noch die Erinnerung an eine schwere, nie verwundene Kränkung im Kindesalter steckt. Oder: wenn ein junges Mädchen sich die entsetzlichsten Vorwürfe macht, weil sie geduldet, dass ein Knabe zärtlich im Geheimen über ihre Hand gestrichen und von da ab der Neurose verfällt, so können Sie zwar dem Räthsel mit dem Urtheil begegnen, das sei eine abnorme, excentrisch angelegte, hypersensitive Person; aber Sie werden anders denken, wenn Ihnen die Analyse zeigt, dass jene Berührung an eine andere ähnliche erinnerte, die in sehr früher Jugend vorfiel und die ein Stück aus einem minder harmlosen Ganzen war, so dass eigentlich die Vorwürfe jenem alten Anlass gelten. Schliesslich ist das Räthsel der hysterogenen Punkte auch kein anderes; wenn Sie die eine ausgezeichnete Stelle berühren, thun Sie etwas, was sie nicht beabsichtigt haben; Sie wecken eine Erinnerung auf, die einen Krampfanfall auszulösen vermag, und da Sie von diesem psychischen Mittelglied nichts wissen, beziehen Sie den Anfall als Wirkung direct auf Ihre Berührung als Ursache. Die Kranken befinden sich in derselben Unwissenheit und verfallen darum in ähnliche Irrthümer, sie stellen beständig «falsche Verknüpfungen» her zwischen dem letztbewussten Anlass und dem von so viel Mittelgliedern abhängigen Effect. Ist es dem Arzte aber möglich geworden, zur Erklärung einer hysterischen Reaction die bewussten und die unbewussten Motive zusammenzufassen, so muss er diese scheinbar übermässige Reaction fast immer als eine angemessene, nur in der Form abnorme anerkennen.

Sie werden nun gegen diese Rechtfertigung der hysterischen Reaction auf psychische Reize mit Recht einwenden, sie sei doch keine normale, denn warum benehmen die Gesunden sich anders; warum wirken bei ihnen nicht alle längst verflossenen Erregungen neuerdings mit, wenn eine neue Erregung actuell ist? Es macht ja den Eindruck, als blieben bei den Hysterischen alle alten Erlebnisse wirkungskräftig, auf die schon so oft und zwar in stürmischer Weise reagirt wurde, als seien diese Personen unfähig, psychische Reize zu erledigen. Richtig, meine Herren, etwas Derartiges muss man thatsächlich als wahr annehmen. Vergessen Sie nicht, dass die alten Erlebnisse der Hysterischen bei einem actuellen Anlasse als unbewusste Erinnerungen ihre Wirkung äussern. Es scheint, als ob die Schwierigkeit der Erledigung, die Unmöglichkeit, einen actuellen Eindruck in eine machtlose Erinnerung zu verwandeln, gerade an dem Charakter des psychisch Unbewussten hinge. Sie sehen, der Rest des Problems ist wiederum Psychologie, und zwar Psychologie von einer Art, für welche uns die Philosophen wenig Vorarbeit geleistet haben.

Auf diese Psychologie, die für unsere Bedürfnisse erst zu erschaffen ist — auf die zukünftige Neurosenpsychologie — muss ich Sie auch verweisen, wenn ich Ihnen zum Schlusse eine Mittheilung mache, von der Sie zunächst eine Störung unseres beginnenden Verständnisses für die Aetiologie der Hysterie besorgen werden. Ich muss es nämlich aussprechen, dass die ätiologische Rolle der infantilen Sexualerlebnisse nicht auf das Gebiet der Hysterie eingeschränkt ist, sondern in gleicher Weise für die merkwürdige Neurose der Zwangsvorstellungen, ja vielleicht auch für Formen der chronischen Paranoia und andere functionelle Psychosen Geltung hat. Ich drücke mich hierbei minder bestimmt aus, weil die Anzahl meiner Analysen von Zwangsneurose noch weit hinter der von Hysterien zurücksteht; von Paranoia habe ich gar nur eine einzige ausreichende und einige fragmentarische Analysen zur Verfügung. Aber was ich da gefunden, schien mir verlässlich und hat mich mit sicheren Erwartungen für andere Fälle erfüllt. Sie erinnern sich vielleicht, dass ich für die Zusammenfassung von Hysterie und Zwangsvorstellungen unter dem Titel «Abwehrneurosen» bereits früher eingetreten bin, ehe mir noch die Gemeinsamkeit der infantilen Aetiologie bekannt war. Nun muss ich hinzufügen — was man freilich nicht allgemein zu erwarten braucht —, dass meine Fälle von Zwangsvorstellung sämmtlich einen Untergrund von hysterischen Symptomen, meist Sensationen und Schmerzen, erkennen liessen, die sich gerade auf die ältesten Kindererlebnisse zurückleiteten. Worin liegt nun die Entscheidung, ob aus den unbewusst gebliebenen infantilen Sexualscenen später Hysterie oder Zwangsneurose oder gar Paranoia hervorgehen soll, wenn sich die anderen pathogenen Momente hinzugesellt haben? Diese Vermehrung unserer Erkenntnisse scheint ja dem ätiologischen Werth dieser Scenen Eintrag zu thun, indem sie die Specifität der ätiologischen Relation aufhebt.

Ich bin noch nicht in der Lage, meine Herren, eine verlässliche Antwort auf diese Frage zu geben. Die Anzahl meiner analysirten Fälle, die Mannigfaltigkeit der Bedingungen in ihnen, ist nicht gross genug hiefür. Ich merke bis jetzt, dass die Zwangsvorstellungen bei der Analyse regelmässig als verkappte und verwandelte Vorwürfe wegen sexueller Aggressionen im Kindesalter zu entlarven sind, dass sie darum bei Männern häufiger gefunden werden als bei Frauen, und häufiger bei ihnen sich entwickeln als Hysterie. Ich könnte daraus schliessen, dass der Charakter der Infantilscenen, ob sie mit Lust oder nur passiv erlebt werden, einen bestimmenden Einfluss auf die Auswahl der späteren Neurose hat, aber ich möchte auch den Einfluss des Alters, in dem diese Kinderactionen vorfallen, und anderer Momente nicht unterschätzen. Hierüber muss erst die Discussion weiterer Analysen Aufschluss geben; wenn es aber klar sein wird, welche Momente die Entscheidung zwischen den möglichen Formen der Abwehrneuropsychosen beherrschen, wird es wiederum ein rein psychologisches Problem sein, kraft welches Mechanismus die einzelne Form gestaltet wird.

Ich bin nun zum Ende meiner heutigen Erörterungen gelangt. Auf Widerspruch und Unglauben gefasst, möchte ich meiner Sache nur noch eine Befürwortung mit auf den Weg geben. Wie immer Sie meine Resultate aufnehmen mögen, ich darf Sie bitten, dieselben nicht für die Frucht wohlfeiler Speculation zu halten. Sie ruhen auf mühseliger Einzelerforschung der Kranken, die bei den meisten Fällen hundert Arbeitsstunden und darüber verweilt hat. Wichtiger noch als

Ihre Würdigung der Ergebnisse ist mir Ihre Aufmerksamkeit für das Verfahren, dessen ich mich bedient habe, das neuartig, schwierig zu handhaben und doch unersetzlich für wissenschaftliche und therapeutische Zwecke ist. Sie sehen wohl ein, man kann den Ergebnissen, zu denen diese modificirte Breuer'sche Methode führt, nicht gut widersprechen, wenn man die Methode bei Seite lässt und sich nur der gewohnten Weise des Krankenexamens bedient. Es wäre ähnlich, als wollte man die Funde der histologischen Technik mit der Berufung auf die makroskopische Untersuchung widerlegen. Indem die neue Forschungsmethode den Zugang zu einem neuen Element des psychischen Geschehens, zu den unbewusst gebliebenen, nach Breuer's Ausdruck «bewusstseinsunfähigen» Denkvorgängen breit eröffnet, winkt sie uns mit der Hoffnung eines neuen, besseren Verständnisses aller functionellen psychischen Störungen. Ich kann es nicht glauben, dass die Psychiatrie es noch lange aufschieben wird, sich dieses neuen Weges zur Erkenntniss zu bedienen.

Feuilleton.

Schriften über Medicin in Bibel und Talmud und über jüdische Aerzte.

Von

Moritz Steinschneider in Berlin.

(Schluss.*)

41. Lilienthal, Samuel, Die jüdischen Aerzte, eine histor. Skizze, eine Inaugural-Abhandlung. München 1838, 8°.

[Mir nur aus Carmoly und Fürst II, 250 bekannt.]

42. Eliasberg, Jeh. Bez., Maamar Temim Deot, 5 Abhandl. über Zauberei etc. nebst Anhang zur Gesch. der Heilkunde, hebräisch. Wilna 1842, 4° (146 S.).

[Lehrreiche Compilation aus alten Quellen; vgl. Der Orient, 1851, S. 485.]

43. Brüg, J., De Medicis illustr. Jud. qui inter Arabes vixerunt, Halle 1843, 8° (Dissert.).

[Unkritische Compilation aus Wüstenfeld, Gesch. d. arab. Aerzte, und Carmoly.]

44. Carmoly, E., Histoire des Médecins juifs anciens et modernes, Tome I (nicht mehr erschienen), Bruxelles 1844 (272 S.).

[Abdruck aus «Revue Orientale», Brux. 1841—1843. — History of the Jewish Physicians from the French by John Dunbar, Baltimore 1844, 8°; ein Theil deutsch von C. Chr. Schmidt in «Jahrbücher der in- und ausländischen Gesammtmedicin» . . .?

Vgl. die Angaben in Revue orient. III, 5. — Das durch seine Fülle von (theils plagiatorischem) Material bestechende Buch enthält so viele Ausschmückungen, Erfindungen, Fälschungen, Missverständnisse und Unrichtigkeiten, dass man es nur mit grösster Vorsicht benutzen darf. Die historischen Notizen eines Grossvaters «Carmoly» (der Verfasser selbst adoptirte diesen Familiennamen für Getz!), worauf hingewiesen wird, existiren nicht.]

Derselbe, De la littérature médicale des Juifs (in seiner «Revue orientale» vol. III, Bruxelles 1843/44, 8°, p. 256—258).

[Enthält Schriften von Juden in lebenden Sprachen aus den Jahren 1742—1838 ohne eine sichtbare Ordnung; die versprochene Fortsetzung folgte nicht.]

45. Goldmann, Heinr. v., De rebus medicis veteris Testamenti, dissert. inaug. Vratisl. 1845, 8°.

[Im Litbl. d. Orient VII, 193 und bei Fürst, B. J. I., 338 (wo 1846) fehlt der Vorname.]

46. Israels, Abr. Hartog, Dissertatio historico-medica exhibens Collectanea gynaecologica ex Talmude Babylonico, Groningen 1845, 8° (192 S.)

[Fürst II, 154: «Tentamen» etc. Man findet auch «Leyden» oder «Gron. und Leeuwarden», aber mit demselben Titel. — Die Schrift wird geschätzt. Verfasser starb als Professor der Geschichte der Medicin in Amsterdam 1883.]

Desselben Beiträge zur Talmudischen Medicin im «Janus» II, Breslau 1847, S. 330.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 25.

47. Cohn, Sigism., De Medicina Talmud, Diss. inaug. Vratisl. 1846, 8° (28 S. und Vita).

[Die kleine, aber gute Schrift giebt eine gedrängte Uebersicht des im Talmud vorkommenden medicinischen Stoffes mit Angabe der betreffenden Stelle.]

48. Brecher, Gideon Dr., Israel. Spitalarzt in Prossnitz (Mähren, gest. 12. Mai 1873), Das Transcendentale, Magie und magische Heilarten im Talmud. Wien 1850, 8° (233 S. und 1 Bl. Errata).

[Vgl. Zeitschr. der Deutschen Morgenl. Gesellsch. V, 274. — Das Buch sollte der Vorläufer einer Darstellung der Medicin im Talmud sein; die Excerpte aus der Quelle sind mir (einem Neffen des Verfassers) aus dem Nachlasse geschenkt worden.]

48b. Steinschneider, Moritz (Artikel Jüdische Literatur § 22 u. § 30, 2 medicinische Lit., in Ersch und Gruber, Realencyklopädie, Bd. 27, Leipzig 1850, 4°), englisch (von W. Spottiswoode, London, 1857) längst vergriffen; dazu Index der Autoren und Personen, Frankf. a. M. 1893, 8° (47 S.).

[Verschiedene Artikel über jüdische Aerzte unter den Arabern (mit Benutzung arabischer unedirter Quellen) in Zeitschr. der Deutschen Morgenl. Gesellsch. IX, 838, XXV, 502 f., XXXI, 758 und in Hebr. Bibliogr. XII, 129 f., XIII, 61, XV, 129 f., XVI, 9.

Die Namen aus ibn abi Useibia finden sich in meiner Anzeige von J. Müller's Ausgabe im Literatur-Blatt für oriental. Philologie, Bd. II, Leipzig 1884/85, S. 400.]

49. Wunderbar, Reuben J., Biblisch-talmudische Medicin oder pragmatische Darstellung der Arzneikunde der alten Israeliten, sowohl in theoretischer als praktischer Hinsicht: Von Abraham bis zum Abschlusse des babyl. Talmuds (2000 v.—500 n. Chr.). Mit Einschluss der Staatsarzneikunde und mit besonderer Berücksichtigung der Theologie. Nach den Quellen in gedrängtester Kürze bearbeitet. I. Allgemeine Einleitung mit Einschluss der Geschichte und Literatur der isr. Heilkunde. Materia medica und Pharmakologie der alten Israeliten. Riga 1850. II. Macrobiotik und Diätetik der alten Israeliten, 1851, 8°. III. Pathologie und Chirurgie der alten Hebräer, 1852. IV. Therapie und Sympathie der alten Israeliten, 1853, 8°. — Neue Folge II, Bd. I. Staatsarzneikunde und gerichtliche Medicin der alten Israeliten, 1857. II. Fortsetzung, 1859. III. Gerichtliche Medicin und medicinische Polizei der alten Israeliten, 1860. IV. Forts. 1860, 8°.

[Vgl. Orient 1851, S. 499; Fürst III, 537. Der Verfasser, ein Laie in der Medicin, starb in Riga am 19. August 1868.]

50. Böttger, Gustav, Ueber die Arzneikunde der Hebräer, bibl.-histor. Abhandl. (Jubelschr.) Dresd. 1853, 8°.

50b. Maydorn, Robert, Zur biblischen Lehre vom Schädlichkeitsbegriff. Ein Anhang zu dessen Schrift: Der Giftbegriff der Alkoholgiftgegner, biblisch-theologisch entwickelt. Breslau 1853, 8°.

51. Trusen, J. C., Darstellung der biblischen Krankheiten und der auf die Medicin bezüglichen Stellen der heiligen Schrift. Posen 1843, 8°.

Desselben, Die Sitten, Gebräuche und Krankheiten der alten Hebräer, historisch und kritisch dargestellt. 2. Auflage. Breslau 1853, 8°.

[Vgl. Fürst III, 449.]

52. Kayserling, M., Jüdische Aerzte (in Frankel's Monatsschrift für Geschichte und Wissenschaft des Judenthums Bd. VII, VIII, Breslau 1858, 1859, auch Bd. XVIII, 1868 ?).

53. (Anonymus?) Ueber Judenärzte, in ZGORh. 1861, S. 23.

54. Fürst, Livius, Beiträge zur Geschichte der jüd. Aerzte in Italien. Mit besond. Berücksichtigung des 16. Jahrh. zusammengestellt. (Im Jahrbuch für die Gesch. d. Juden II. Bd. Leipzig 1861, S. 325—374. — Vgl. Hebr. Bibliogr. IV, 85, n. 223. — S. auch Epstein, hier n. 55.)

55. Epstein, J. E., Toledot . . . (hebr.), Geschichte der jüdischen Aerzte in Italien im 16.—17. Jahrh. (in ha-Scharon, Beiblatt zu ha-Carmel II (1861/62), S. 336 ff.)

[Ist übersetzt aus Fürst, s. Hebr. Bibliogr. VI, 48.]

55b. Draper, Dr. John W., Jewish Physicians in the middle ages (aus einem Vortrage über den Einfluss der Medicin, gehalten in der Akademie zu New-York, im Jewish Chronicle London 1864, p. 489).

[Enthält nichts Besonderes.]

55c. Wolf, Dr. G., Zur Geschichte der jüdischen Aerzte in Oesterreich (in Monatsschrift für die Gesch. und Wissenschaft des Judenthums, Breslau 1864, S. 194 ff.).

[Betrifft nur die neueste Zeit. — Dr. Gerson Wolf, Religionslehrer in Wien, starb im October 1892.]

56. Borchard, Marc, L'Hygiène publique chez les Juifs, son importance etc. Paris, chez l'auteur, 1865 (39 pp.).

56b. Fein, M., Die Stellung der Aerzte im jüdischen Mittelalter (in der Zeitschr. «Ben Chananja», Szegedin 1866, S. 539).

56c. Horowitz, M., Jüdische Aerzte in Frankfurt a. M. Frankf. 1866, 8°.

[Ist mir nur aus einem Katalog bekannt, ob Sonderabdruck?]

57. Wiesner, S. Alexander, und Feitl, Ueber talmudische Anatomie und Physiologie (in der Zeitschrift Ben Chananja 1866, S. 50, 64).

58. H a l p e r n, Joachim, Beiträge zur Geschichte der talmudischen Chirurgie. Inauguraldiss., Breslau 1869, 8° (25 S.).
[Hebr. Bibliogr. XX, 57.]

59. P a s q u a l i g o, Dr., Della condizione delle mediche scienze presso il popolo ebr. inanzi alla cattività babilon. Piacenza 1871, 8°.
[Catal. delle Torre. 394.]

60. K o t e l m a n n, L., Die Geburtshilfe bei d. alten Hebr. aus den ältest. Quellen dargestellt. Marburg 1876, 8° (50 S.).

61. P h i l a l e t e s H., Dr., Der Mosaismus und sein Einfluss auf Gesundheit und Krankheit u. s. w. Kaufbeuren (1878), 8°.
[S. 24—28 Notizen über jüdische Aerzte ohne Quelle.]

62. B e r g e l, Dr. Josef, Studien über die naturwissenschaftlichen Kenntnisse der Talmudisten, Leipzig, W. Friedrich, 1880, 8° (102 S.)
[Anatomie, Physiologie, Pathologie bis S. 45. Ueber die Tendenz s. S. 81. Der Verfasser ist Laie.]

62 b. L o e b, Isidore, in Paris, Arabische Aerzte (in Magazin für die Wissenschaft des Judenthums, Bd. VII, Berlin 1880, S. 101—110).
[Ein Register der Aerzte und Uebersetzer nach (den Inhaltsübersichten in) L e c l e r c 's Histoire und C a r m o l y, nicht ohne Irrthümer.]

63 R a b b i n o w i c z, Israel Michel, La Méthode du Thalmud ou tous les passages concernant la médecine, extraits des 21 traités du Thalmud de Babylone. Paris 1880, 8° (176 pp.).
— Einleitung in die Gesetzgebung und die Medicin des Thalmuds. Aus dem Franz. übers. v. Siegmund M a y e r, Trier 1881, 8° (208 S.).
[Der Verfasser ist Mediciner und Kenner des Talmud.]

64. R a w i t z k y, Dr. M. (prakt. Arzt in Czarnikau, später in Berlin), Ueber die Lehre vom Kaiserschnitt im Talmud. (Separatabdruck aus V i r c h o w 's Archiv für pathologische Anatomie etc. 80. Bd., 1880, S. 494—503).
D e s s e l b e n, Erwiderung auf die «kritischen Bemerkungen» des Herrn Dr. med. et phil. K o t e l m a n n (Archiv Bd. 84, Heft 1) zu dem Aufsatze «Ueber die Lehre vom Kaiserschnitt im Thalmud» (Archiv Bd. 80, Heft 3). Separatabdruck wie oben, 86. Bd., 1881, S. 240—263.
D e s s e l b e n, Wiederum über die Lehre vom Kaiserschnitt im Thalmud. (Separatabdruck wie oben, 95. Bd., 1884, S. 486—526).
D e s s e l b e n, Ueber den Kaiserschnitt im Talmud (Magazin für die Wissenschaft des Judenthums, herausg. von Berliner etc. XI. Jahrgang, 1884, S. 31—42).
[Im Magazin folgt S. 42—245 eine Recension dieses Artikels.]

65. H o l u b, David, P a r d e s D a v i d, oder Geschichte der jüdischen Aerzte nebst Anführung ihrer Werke von der ältesten Zeit bis auf unsere Tage herauf. Mit Hinzufügung einer gedrängten Literaturgeschichte, Geschichte der Arzneikunde im Allgemeinen, wie sie sich nach und nach entwickelt hat; mit Anführung aller heidnischen, christlichen und mohamedanischen Aerzte, bearbeitet von David Holub. (Separatabdruck aus dem Haschachar, Jahrgang IX und X. Erster Theil.) Wien 1880, 8°. 4 und 110 S. hebräisch.
[Nicht mehr erschienen. Für die m e d i c i n i s c h e n S c h r i f t e n selbst ist nichts geleistet; vgl. N. B r ü l l, Jahrbücher für jüd. Gesch. u. Lit. VII, 1885, S. 107.]
D e s s e l b e n C h o c h m a t h a - R e f u a s c h e b e - T a l m u d (Die Heilwissenschaft im Talmud, hebräisch in der hebr. Monatsschrift B e t J i s r a ë l, herausg. von Israel K o p p e l o w i t z 1889, 1. Heft, S. 9—16 abgebrochen.)
[Bearbeitet nach R a b b i n o w i t z, wie der vorangehende Artikel über das Schlachten und T e r e f o t nach der Heilwissenschaft aus Rabb.'s Introduction.]

66. C a r n e v a l i, Dei Medici Ebrei di Mantova. (Append. zu: Il Ghetto di Mantova 1884, p. 45—55.)

67. K l e i n, Carl H. v., A. M. Md. Jewish Hygiene and Diet. The Talmud and various other jewish writings. Heretofore untranslated. Delivered before the annual meeting of the American Medical Association, at Washington, May 1884. (Reprinted from the Journal of Amer. Medic. Assoc. Sept. 27. 1884; 22 S. kl.-8°. In Catal. Goldschmidt 17, S. 28, n. 975: C. M.)

68. G u e n e a u d e Mussy, Étude sur l'Hygiène de Moïse et des anciens israélites, Paris 1885, 8°.
D e s s e l b e n Mosé ed il Roncati del D. Cesare Musatti, Ven., M. Fontana 1886, 8°.
[S. die Zeitschrift Il Vesillo 1887, p. 64.]

69. S c h e r b e l, Dr. Simon (in Lissa), Die jüdischen Aerzte in der Geschichte des Judenthums (in «Popilär-wissenschaftl. Monatsblätter», Frankf. a. M. 1886, n. 7, S. 143 ff.).

69b K a t z e n e l s s o n (so), Dr. I. L. (R e m a c h E b a r i m), «Die Osteologie der Talmudisten». Eine talmudisch-anatomische Studie. Separatabdruck aus der Zeitung «Hajom» 1886—1887. St. Petersburg 1888 (138 S. hebräisch mit einigen Abbildungen).
D e s s e l b e n, S c h e m o t h a - N e g a ï m . . . (Namen der Aussatzarten oder Hautkrankheiten) in der Bibel, hebräisch (in der Sammelschrift ha-Jekeb, Petersburg 1894, S. 41—79).

70. M ü n c h, G. N., Die Zaraath (Lepra) der hebr. Bibel. Einleitung in die Gesch. des Aussatzes. Hamb. u. Leipz. L. Voss 1893 (IV, 167 S.).

71. O p p l e r, Anselm (gestorben 5. Febr. 1893), Medicin im Talmud (unedirt?).

72. N o s s i g, Dr. Alfred. Die Socialhygiene der Juden und des altorient. Völkerkreises, Stuttg. 1894.

73. P r e u s s, J., Der Arzt in Bibel und Talmud. (Abdruck aus Virchow's Archiv f. Pathol. Bd. 138, Berlin 1894, S. 261—283, auch abgedruckt in der Israelit. Monatsschrift, Berlin 1895.)
[Nach Methode und Inhalt schätzbar.]

74. S c h w a r z f e l d, A, h a - R o f e i m h a - I b r i m . . . (die jüdischen Aerzte in der Moldau und Wallachei, hebr., in der Sammelschrift ha-Jekeb, Petersburg 1894, S. 68—79).

75. B a g i n s k y, Adolf (Prof.), Die hygienischen Grundzüge der mosaischen Gesetzgebung, Berlin 1895 (2 und 54 S.).
[Anzeige von Arthur G r z e l i t z e r in der Monatsschr. für Gesch. u. Wiss. d. Judenth. 1895/96, S. 40.]

76. L a n d a u, Dr. Richard, Geschichte der jüdischen Aerzte. Ein Beitrag zur Geschiche der Medicin, Berlin 1895 (144 S.).
[«Ein französisches Buch, das aber, von einem Laien geschrieben, wohl sehr reiches Material enthält (fast alles, was ohne Angabe der Quelle berichtet ist, habe ich ihm entnommen), aber an sehr mangelhafter Anordnung leidet» . . . (S. 5, wo C a r m o l y 's Hist. auch als Hauptwerk bezeichnet wird). — In der That begegnet man selten einer Quellenangabe; der Verfasser kennt auch die speciellen literaturgeschichtlichen Forschungen gar nicht; e i n Beispiel genügt, S. 23: «Maser Djewaih Ebn Djoldjol aus Basra», also der Jude um 683 in Basra und der spanische Muhammedaner um 980» zusammengeschweisst, offenbar nach C a r m o l y p. 17, dagegen (schon vor beinahe 50 Jahren) die Berichtigung im Artikel «Jüdische Literatur» in Ersch und Gruber, Bd. 27, § 22, «Medicin», S. 444, A. 21.]

77. M ü n z, J., Maimonides als medicinische Autorität, Trier 1895, 8° (49 S.).
[Der Verfasser wärmt theilweise alte Irrthümer auf, die in den von ihm angeführten Schriften berichtigt sind. Er kennt nicht die Partie meines Werkes: Die hebr. Uebersetzungen des Mittelalters, S. 762—774.]

N a m e n s r e g i s t e r.

Verhandlungen wissenschaftlicher Vereine.

XXV. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.

27.—30. Mai 1896.

Festsitzung am 27. Mai.

Nach der Eröffnungsrede v. Bergmann's, der in warmen Worten die Verdienste der dahingegangenen Mitglieder der Gesellschaft feiert und den anwesenden Ehrengästen den Dank der Gesellschaft ausdrückt, hält v. Esmarch (Kiel) den ersten Festvortrag:

Ueber künstliche Blutleere. v. Esmarch schildert in grossen Zügen die historische Entwicklung der von ihm gemachten Entdeckung und präcisirt die Indicationen und die Technik des Verfahrens, wie er es in den letzten fünfzehn Jahren auf seiner Klinik geübt hat. Das Verfahren bezweckt zweierlei: 1. das Blut aus den Gefässen des zu operirenden Körpertheiles zu verdrängen, 2. Die Rückkehr des arteriellen Blutes vor Beendigung der Operation zu verhindern. Für den ersten Zweck verwendet v. Esmarch die elastische Umwicklung des Gliedes und, wo dieselbe gefährlich erscheint (wo entzündliche oder eitrige Herde, Thromben in den Venen oder bösartige Neubildungen vorhanden sind), die senkrechte Erhebung des Gliedes, bis dasselbe deutlich blass geworden ist. Zur Umwicklung verwendet er nach wie vor dünne Binden von reinem Kautschuk, welche vorher zu sterilisiren sind. Durch leinene Binden, welche trocken angelegt und dann nass gemacht werden, lässt sich derselbe Zweck erreichen (v. Bardeleben). Darnach folgt nach eingetretener Narkose die Anlegung des Schnürgurtes zur Verhinderung des arteriellen Blutzuflusses. Dazu benützt Vortragender nur noch bei Exarticulationen im Schulter- und Hüftgelenk und bei Amputationen unter denselben den zuerst von ihm gebrauchten Kautschukschlauch. Auch bei Operationen am Penis und Scrotum wendet er dünne Kautschukschläuche an. In allen übrigen Fällen gebraucht er nach dem Vorschlage v. Langenbeck's einen aus gewebtem Kautschukstoff bestehenden Gurt, dessen Ende durch eine einfache Klemmschnalle mit Haken befestigt wird. Die Kraft, die man beim Umwickeln verwendet, richtet sich nach der Dicke des Gliedes. Bei Kindern und mageren Menschen dürfen die einzelnen Touren nicht allzu stark angezogen werden, weil man sonst eine, wenn auch vorübergehende Lähmung bewirken kann. Der Schnürgurt wird erst nach Vereinigung der Wunde und Anlegung eines comprimirenden Verbandes abgenommen. Der Kranke wird dann mit erhobenem Gliede in's Bett gebracht und das operirte Glied bleibt noch eine Viertelstunde lang nach oben gerichtet. Mit einer Blutung hat man bei diesem Verfahren nichts zu thun, da dieselbe durch den Druckverband verhindert wird. Ist dieser jedoch nicht gleichmässig fest angelegt, so kann es geschehen, dass sich der Verband an einer Stelle von durchsickerndem Blute roth färbt. Dann wird ein Polster von gewöhnlicher Tafelwatte darüber gelegt und durch eine Binde fest angedrückt, im Nothfalle durch eine Kautschukbinde, die einige Stunden liegen bleibt. Nur äusserst selten war es nothwendig, den Verband herunter zu nehmen, die Wunde zu eröffnen und blutende Gefässe zu unterbinden. In den meisten Fällen findet sich, wenn der Verband nach Wochen abgenommen wird, auf der Innenfläche desselben alles Blut, das überhaupt nach der Operation verloren gegangen ist, in Form eines schmalen rothen Streifens der per primam geheilten Wunde aufliegend. Vortragender erwähnt schliesslich, dass die Blutsparung durch elastische Umschnürung bereits vielfach auch bei Operationen an inneren Körpertheilen verwendet worden ist, namentlich am Mastdarm und am Uterus, sowie auch, dass die mechanische Beeinflussung des Blutstromes in Arterien und in Venen schon zu einer Reihe therapeutischer Eingriffe geführt hat, welche sich zum Theil als sehr wirksam erwiesen haben. Dahin gehören: die Aufspeicherung von Blut in einem oder mehreren Gliedmassen vor grossen Operationen an Theilen, an denen sonst das blutsparende Verfahren nicht anwendbar ist, die Zuführung von Blut zum Herzen durch Umwicklung von Gliedern bei Verblutenden (Autotransfusion nach P. Müller), die Aufstauung von Blut zur Heilung von Aneurysmen (Walter Reid), von Pseudarthrosen (Helferich, Dummreicher), von Localtuberculosen (Bier) und endlich von Schlangenbissen (nach Fayrer).

Als zweiter Festredner spricht König über die Entwicklung der Tuberculosenlehre mit besonderer Berücksichtigung der äusseren (Local-) Tuberculose und der Tuberculose der Gelenke.

Nach einem kurzen Rückblicke auf die Entwicklung der Lehre von der Tuberculose der Knochen und Gelenke fasst König die Resultate der Arbeiten auf diesem Gebiete in folgenden Sätzen zusammen:

1. Der Gliedschwamm, Fungus, ist eine Tuberculose des Gelenkes.

2. Diese Krankheit entsteht selten als einzige Aeusserung der Infection; weit häufiger ist sie nur eine Theilerscheinung und Folgeerscheinung anderweitiger Herde.

3. Local entwickelt sich die Krankheit etwa gleich häufig von dem Knochen, wie von der Kapsel, und zwar auf letzterer in Form sero-fibrinöser Entzündung. Bestimmend für den Verlauf der Krankheit ist der Faserstoff. Er wird von der Synovialis aus mit Gefässen durchwachsen (Organisation des Faserstoffs); in ihm lassen sich zunächst die Bacillen nieder und bilden sich Tuberkelknötchen. Legt er sich auf den Knorpel, so frisst er sich, nachdem er organisirt wurde, in denselben ein und zerstört ihn und den Knochen. Andererseits kann die Tendenz zur Organisation überwiegen und aus den schichtweise aufgelagerten Massen werden dicke, der Synovialis auflagernde, ihr in der Form von Zapfen und Geschwülsten anhängende Körper, ja freie oder gestielt anhängende Geschwülste.

4. Die Gelenkstuberculose kann ausheilen oder sequestirt werden.

Die geänderte Auffassung von dem Wesen der fungösen Gelenkserkrankung hatte neue therapeutische Maassnahmen zur Folge. Anfangs beherrschte die Frühresection, das vollkommene Ausschneiden des Tuberkelgelenkes, das Feld. Aber die operative Hochfluth dauerte nicht lange und machte den conservativen Behandlungsmethoden Platz. Da aber bei solcher Behandlung nur die wenigsten Formen ausheilten, mussten andere Wege gesucht werden. Für eine Reihe von Erkrankungen wurde bald aus der Erkenntniss der Herderkrankungen eine Lehre gezogen, welche gute Früchte trug. Seit Volkmann gelehrt hatte, dass das Gelenk erkrankt, wenn ein Knochenherd in dasselbe durchbricht, suchte man nach solchen Herden und strebte darnach, sie zu zerstören, ehe der Durchbruch sich vollzogen hatte. In diesem Sinne haben Kocher, Volkmann und der Vortragende gewirkt. Bald lernte man auch Mittel kennen, um auf die bereits ausgebrochene Tuberculose einzuwirken. Die Einführung antibacterieller Mittel in das punctirte oder aufgeschnittene Gelenk, welche von Hueter, Billroth, Bruns u. A. empfohlen wurde, hat für eine Reihe von Fällen ausgezeichnete Dienste geleistet. Namentlich war es das von Mosetig in die Praxis eingeführte Jodoform, das Wunder vollbrachte. Ausgehend von der Erkenntniss, dass radicale Entfernung der Tuberculose das sicherste Heilmittel sein müsse, haben Volkmann und König die Exstirpation der Kapsel (Arthrectomie) empfohlen, eine Operation, welche bei Kindern vor den Gelenksenden, wenn irgend wie möglich, Halt machte, während man bei Erwachsenen mehr und mehr davon zurückkam, die Gelenksenden zu schonen, und die wirkliche Resection sammt Kapselexstirpation als die typische Operation übte. Allerdings gehen noch gegenwärtig die Ansichten über die Behandlungsmethoden der Gelenkstuberculose weit auseinander. Es gibt Chirurgen, die im Wesentlichen nur die Amputation als chirurgischen Eingriff bei extremen Fällen zulassen, während sie bei allen anderen Fällen conservativ verfahren.

Es folgt der Festvortrag von P. Bruns (Tübingen): Ueber die Entwicklung der modernen Behandlungen des Kropfes.

Die operativen Kropfbehandlungen sind ein Werk der letzten zwei Jahrzehnte. Noch vor 20 Jahren wurde die Kropfexstirpation von den meisten Chirurgen als zu schwierig und gefährlich verworfen. Rose hat sich (1877) das grosse Verdienst erworben, mit allem Nachdruck darauf hingewiesen zu haben, dass der Kropf

keineswegs ein bedeutungsloses Uebel darstellt, sondern durch anhaltende Behinderung der Athemmechanik Herz und Lunge schädigt und das Leben abkürzt. Er empfahl als «Radicalcur» der Kröpfe die Totalexstirpation. Als jedoch die Folgezeit lehrte, dass die Entfernung der ganzen Schilddrüse schwere Störungen des Organismus zur Folge hat, wurde die vorher zur Regel erhobene Totalexcision des Kropfes für immer aus der Reihe der physiologisch zulässigen Operationen gestrichen und neue operative Verfahren ausgebildet. Die Unterbindung der Schilddrüsenarterien behufs künstlicher Erzeugung einer Atrophie des Kropfes (von P. v. Walther zuerst angegeben) ist während des letzten Jahrzehnts blos 50mal ausgeführt worden, hat also keine allgemeine Bedeutung zu gewinnen vermocht. Die Enucleation oder intraglanduläre Ausschälung der Kröpfe (Porta, Locin) hat rasch Eingang gefunden und gehört jetzt zum eisernen Bestande der modernen Kropfchirurgie. Sie ist das Normalverfahren bei den Cystenkröpfen, ferner bei Kropfknoten, welche locker eingebettet und gut abgekapselt sind. Dagegen stehe man von der Enucleation ab, wenn zwischen Drüsenschale und Kropfknoten entweder gar keine sichere Grenze zu erkennen ist oder ausgedehnte Adhäsionen bestehen. Hier ist die Blutung profus und kann oft kaum gestillt werden. Nach Bruns' Erfahrungen war bei 200 Enucleationen die Blutung in 70% wenig erheblich, in 20% beträchtlich, in 10% geradezu profus, so dass mehrmals die Enucleation ganz aufgegeben werden musste. Endlich kann die Enucleation sehr zahlreicher Knoten mit vielen Ligaturen und Ausstechungen für die Drüsenfunction verhängnissvoll werden. Bruns sah einmal auf die Ausschälung von 30 Knoten aus allen drei Lappen Tetanie folgen.

Für derartige Fälle, in denen die Enucleation im Stiche lässt, tritt die Resection des Kropfes (Mikulicz) in ihr Recht. Ihr Hauptvorzug ist der, dass sie in der mannigfachsten Weise variirt werden kann: bald wird der Hilus oder Isthmus, bald der obere oder untere Pol zurückgelassen. Was die Erfolge der Operation anlangt, so kann man sagen, dass bei der Operation gutartiger Kröpfe von einer Lebensgefahr heutzutage kaum mehr die Rede ist, falls nur die Operation nicht zu spät kommt, nachdem die üblen Folgen des allzu lange getragenen Kropfes für Lungen und Herz schon zu weit fortgeschritten sind. Bei den angeführten 400 Operationen, die bis zum Jahre 1883 zurückreichen, beträgt die Sterblichkeit $1^1/_2$%; bei den letzten 150 Operationen hat Bruns keinen Sterbefall zu beklagen. Recidive kommen allerdings vor, allein unter 800 Kropfoperationen sind wenig mehr als ein Dutzend Fälle ausfindig zu machen, in denen eine Operation des Recidivs nothwendig geworden ist. In neuerer Zeit hat die Kropfbehandlung durch Einführung der Schilddrüsentherapie eine wesentliche Bereicherung erfahren. Unter 300 von Bruns beobachteten Kropfkranken mit Strumen aller Art konnte bei dem einen Hundert eine bedeutende Verkleinerung der Geschwulst und Abnahme der Beschwerden constatirt werden; bei dem zweiten Hundert war die Verkleinerung mässig, aber doch häufig ausreichend, um die Druckerscheinungen zu lindern. Schliesslich erwies sich die Schilddrüsenbehandlung als werthvolle Vorbereitung für die Ausführung von Kropfoperationen, namentlich Enucleationen und Resectionen, indem sie den Blutgehalt erheblich herabsetzt und die Blutung entschieden vermindert.

Den letzten Festvortrag hält Wölfer (Prag): Ueber Magen-Darmchirurgie.

Redner behandelt das Thema von zwei Gesichtspunkten: 1. Wie hat sich die Magen-Darmchirurgie entwickelt, und welche technischen Fortschritte hat sie gemacht? und 2. welchen Einfluss haben die einzelnen Operationen bisher auf die Beseitigung oder Linderung von Krankheiten genommen? Dabei werden blos diejenigen Operationen in Betracht gezogen, bei welchen die Bauchhöhle von den Bauchdecken aus eröffnet wird. Nach einer erschöpfenden Darstellung des ersten Punktes wendet sich Vortragender zur Beantwortung der zweiten Frage. Was die unmittelbaren operativen Resultate sämmtlicher Darmresectionen anlangt, so ergab sich nach den Zusammenstellungen Wölfler's eine Gesammtmortalität von 39·5%. Dabei haben sich im Laufe der letzten sieben Jahre die Resultate um circa 6% gebessert. Trennt man sämmtliche Resectionen nach Darmabschnitten, so ergibt sich die Thatsache, dass sich die Aussicht auf einen operativen Erfolg mit der Kürze des Mesenteriums vermindert. Von wesentlichem Einfluss auf den operativen Ausgang ist die Art der Erkrankung. Die wegen Anus praeternaturalis ausgeführten Resectionen des Darmcanals ergeben unter 78 Fällen ein Heilungsprocent von 78; sodann kommt in der Reihenfolge die Tuberculose des Darmes mit 73% Heilungen (bei 34 Fällen); dann die Narbenstrictur mit 65% Heilungen (auf 20 Fälle) und schliesslich die Neubildungen des Darmes mit einem Heilungspercent von blos 46 auf 114 Beobachtungen, von denen wohl die allermeisten auf Carcinome des Darmes zu beziehen sind. Die bei den chronischen Invaginationen ausgeführten 17 Resectionen ergaben eine Mortalität von 23%. Bezüglich der Lebensdauer nach Darmresectionen lässt sich ein percentuelles Verhältniss, das nur einigermaassen der Wirklichkeit entspricht, derzeit noch nicht feststellen, aber soviel lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass die Erfahrungen aller Chirurgen auch bezüglich der Dauerheilung sich immer günstiger gestalten. Was die unmittelbaren operativen Resultate der Resectio pylori anlangt, so sind dieselben beim Carcinom des Pylorus so schlecht, dass von Einzelnen die Forderung aufgestellt wurde, an Stelle der Pylorusresection die Gastroenterostomie zu setzen. Man ist zu diesen Vorstellungen gelangt, weil man zu weit vorgeschrittene Fälle mit ausgedehnten Verwachsungen operirte. Dagegen haben Mikulicz, Krönlein, Kocher in der letzten Zeit 9—10 Fälle von Pylorusresection ohne Misserfolg nach einander durchgebracht. Wölfler's Statistik, die aus der Zusammenstellung der Resultate hervorgeht, welche 15 bekannte Operateure erhalten haben, lehrt Folgendes: Es betrug die Mortalität nach allen ihren Pylorusresectionen (92 Fälle) 56·4%; von 1888—1896 bei 173 Operationen nur mehr 31·2%. Die Resultate der Pylorusresection wegen Narben sind um 10% besser. Was die Dauerresultate anlangt, so ist der Beweis erbracht worden, dass Menschen, an denen wegen Carcinom die Pylorusresection ausgeführt werden musste, viele Jahre lang eines ungestörten Wohlbefindens sich erfreuen können. So finden sich unter den von deutschen Chirurgen Operirten 24 Patienten, denen nach der Operation 2—8 Jahre des Lebens geschenkt wurden. Je mehr die Resectio pylori in ihrer Indication eingeengt wurde, umsomehr erweiterten sich die Anzeigen für die Gastroenterostomie. Bezüglich des Ortes der Insertion theilen sich die Anschauungen. Die Einen, wie König, Hahn, Lauenstein, sind consequente Anhänger der ursprünglichen Methode, der Gastroenterostomia antecolica, Andere ziehen die Gastroenterostomia retrocolica vor (v. Hacker). Die unmittelbaren operativen Resultate beider Methoden unterscheiden sich nicht wesentlich von einander. Nach Haberkant's Zusammenstellung beträgt die Mortalität bei 298 (1881—1884) 42·6%, und zwar beträgt sie beim Carcinom 48%, beim Ulcus 25%. Bei vorgeschrittenen Carcinomen bewirkt die Gastroenterostomie kaum eine Lebensverlängerung, wohl aber mit aller Bestimmtheit in jenen Fällen, in denen die Kranken unter den Erscheinungen der Carcinomstenose frühzeitig erkranken und in kürzester Frist zugrunde gehen müssten. Der Hauptwerth der Operation liegt darin, dass sie die Kranken von ihren unerträglichen Beschwerden befreit und sie vor dem Tode durch Verhungern schützt. An die Gastroenterostomie schliesst sich die incomplete Darmausschaltung (Maisonneuve-v. Hacker'sche Darmanastomose) Treten die Erscheinungen der Stenose acut auf, so werden trotz der Operation viele Menschen zugrunde gehen. Günstiger sind die Erfolge bei Enterostomosen wegen chronisch sich entwickelnder Verengerungen. Was die Resultate der Gastrotomie anlangt, so betrug die Mortalität von 1849—1883 66·7% (162 Fälle); von 1883—1886 36·9% (111 Fälle). Auch bezüglich der Colostomie lässt sich in der Ausführung der Operation ein Fortschritt verzeichnen. Die unmittelbare Mortalität gestaltete sich in folgender Weise: Bis 1877 betrug sie 42%, und zwar die intraperitoneale Methode 47%, die extraperitoneale Methode 38%, bis 1887 29% und bis 1895 27%. Die intraperitoneale Colostomie erwies sich im Laufe der letzten 18 Jahre nicht gefährlicher, als die extraperitoneale. Bryant berichtet über 120 nach der Operation Geheilte Folgendes: 36 starben in den nächsten 11 Monaten, 43 erst im zweiten Jahre, 28 erst im dritten Jahre und 18 lebten drei bis sechs Jahre. Die Erfahrungen über die Jejunostomie, die von Golding Bird (1885) zuerst ausgeführt wurde, sind noch zu

gering, als dass man über die Bedeutung derselben ein Urtheil fällen könnte; für gewisse Arten der Erkrankung, wie für Stenosen der Cardia und Pylorus zugleich erscheint sie unumgänglich nothwendig.

Ed.

XIV. Congress für innere Medicin in Wiesbaden.

Vom 8. bis 11. April 1896.

(Fortsetzung.*)

Lenhartz (Hamburg): Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Spinalpunction.

Vortragender ist durch eine grosse Reihe von eigenen Beobachtungen (230 positiven Lumbalpunctionen bei 126 Kranken) zu der Ueberzeugung gekommen, dass dem Verfahren nicht nur ein diagnostischer, sondern auch ein therapeutischer Werth zukommt. Er schickt zunächst einige kurze Bemerkungen über die Methode voraus. Er punktirt mit auskochbaren vernickelten 6—8 cm langen Hohlnadeln, stets in der Mittellinie, ohne örtliche oder allgemeine Narkose, in Seitenlage, ohne Aspiration und hält die Methode für völlig ungefährlich.

Darnach beleuchtet Lenhartz zunächst den diagnostischen Werth des Verfahrens. Die Lumbalpunction gibt uns in einfacher und exacter Weise Aufschluss über die Vermehrung der Menge und Druckspannung des Hirnwassers. Beide Werthe können erstaunlich gesteigert sein. Gerade bei acuten Störungen mit schweren Druckerscheinungen kann der gemessene Druck gering (120 mm) sein; andererseits kommt es bei chronischen Störungen neben vermehrter Menge und Spannung vor, dass die eigentlichen Druckwirkungen gering sind. Ausnahmen kommen eben nach beiden Richtungen vielfach vor.

Da Vermehrung der Menge und Spannung des Liquors bei verschiedenen acuten und chronischen Erkrankungen beobachtet wird, ist die genauere Untersuchung der Flüssigkeit unerlässlich. Höhere Eiweisswerthe als $^1/_4$‰ sprechen für Entzündung, ebenso reichlicher Zellen- und besonders Bacteriengehalt. Von diesen sind die Tuberkelbacillen für die tuberculöse Meningitis ausschlaggebend, und Lenhartz hat sie bei den letzten 8 von im ganzen 19 Fällen regelmässig gefunden Er empfiehlt zum leichteren Nachweis eine kleine Flocke an der sterilen Watte, mit der das Gläschen geschlossen wird, in dem Exsudat untersinken zu lassen. Die Watte, worin die Bacillen sich gefangen haben, kann man dann mit der Platinöse herausheben und auf dem Deckglas austupfen. Dieses Verfahren hat vor der umständlicheren (und trügerischen) Centrifugirung sichere Vortheile, während bei der epidemischen Meningitis besonders die intracellulären Diplococcen, aber auch Fränkel'sche und Streptococcen auftreten können.

Die Farbe ist insofern von Belang, als blutige Flüssigkeit ausser bei Pachymengitis haem. u. a. bei Kopfverletzten vorkommt. Bei eitriger Meningitis kann das gewonnene Exsudat rein eitrig oder blos getrübt sein. In manchen Fällen gestatten also die durch die Lumbalpunctionen gewonnenen Zeichen sofort die Diagnose, in der Mehrzahl sind sie als wichtige Hilfsmomente von Vortheil. Den therapeutischen Nutzen fand Lenhartz kurz vorübergehend bei manchen Fällen von tuberculöser, und länger anhaltend bei chronisch seröser Meningitis, sowie bei Tumoren, dauernd bei fünf Fällen von acuter seröser Meningitis, bei sieben Fällen von schwerer Chlorose und bis jetzt bei einem Fall von Coma nach Kopfverletzung. Als ein Beispiel der serösen Meningitis, deren klinische und anatomische Eigenart ja sicher mancherlei Zweifel begegnet, führte Lenhartz den Fall einer 27jährigen Dame vor, die inmitten völligen Wohlbefindens in einer heiteren Gesellschaft plötzlich von Erbrechen und Coma befallen wurde, und weite lichtstarre Pupillen zeigte. Als nach 18stündiger Dauer das Bewusstsein wiederkehrte, klagte die Patientin über wahnsinnigen Kopfschmerz, und bot stark verlangsamten, sehr unregelmässigen Puls dar. Die Tags darauf vorgenommene Lunbalpunction ergab 35 cm³ wasserhelle Flüssigkeit, die unter sehr hohem Druck von etwa 400 mm³ Wasser abfloss. Sofort trat Erleichterung ein, und der Puls wurde völlig regelmässig und ging um mehr als zehn Schläge hinauf. Noch dreimal wiederholte, von der Patientin und dem Collegen ersehnte Lumbalpunctionen stellten die Kranke völlig wieder her. Von den Chlorosefällen betraf einer eine 16jährige Kranke, die schwerste Schenkelvenen-Thrombosen (Phlegmasia alba dolens) und heftigste cerebrale Erscheinungen darbot. Hier wurde der manchmal andauernd ernste Zustand mit einer Lumbalpunction sofort und völlig beseitigt.

Lenhartz bespricht mehrere dieser Fälle ausführlich und betont, dass einigemale mit einem Schlage alle Beschwerden beseitigt wurden, während anderemale erst durch die wiederholte Lumbalpunctionen dieses Ziel erreicht wurde. Dass selbst hochgradiges Hirnhautödem durch die Lumbalpunctionen beseitigt werden kann, hat ihn eine Beobachtung an der Leiche gelehrt, wo er das denkbar stärkste Oedem der weichen Häute durch die Lumbalpunction völlig verschwinden sah. Ausser bei den obengenannten drei Gruppen, wo der Erfolg der Lumbalpunctionen meist sofort eintrat und anhielt, kann die Lumbalpunction zu therapeutischen Zwecken nicht sehr empfohlen werden. Indessen empfinden manche Tumorkranke doch grosse Erleichterung und da ist auch bei ihnen ohne weiters die Lumbalpunction erlaubt.

Krönig (Berlin) bestätigt, dass die Spinalpunction die Diagnose der tuberculösen Meningitis sicherer stellt. Mit Ausnahme eines einzigen Falles hat er stets die Tuberkelbacillen in der Exsudatflüssigkeit nachweisen können, aber man muss für diesen Zweck nicht das Gabbet'sche Verfahren, sondern die alte Ehrlich'sche Methode anwenden, und die Präparate sorgfältig durchsuchen. Krönig kann auch das Vorkommen einer Meningitis serosa simplex bestätigen, welche er durch Spinalpunction erfolgreich behandelt hat. Bei einem sterbenden Patienten, welcher Trachealrasseln hatte, hat er durch die Spinalpunction, offenbar infolge der Entlastung der Medulla oblongata die Wiederkehr einer Normalathmung beobachten können. Einmal hat er drei Minuten nach der Punction von 75 cm³ Serum in einem Falle, in dem eine Hirnblutung in den Ventrikel durchgebrochen war, den Tod plötzlich eintreten sehen. Auch Kopfschmerzen bei Chlorose hat Krönig günstig beeinflusst gesehen.

Goldscheider (Berlin) hat niemals unangenehme Folgen der Spinalpunction beobachtet. Man darf dieselbe allerdings nicht im Sitzen ausführen, die Flüssigkeit nicht aspiriren und nicht im Strahl auslaufen lassen. Der Nachweis der Tuberkelbacillen gelingt nicht in allen Fällen von tuberculöser Meningitis. Dadurch wird die diagnostische Bedeutung der Punction etwas herabgedrückt, ferner auch durch den Umstand, dass man bei eitriger Meningitis fast niemals Eiter punktirt. Das wichtigste diagnostische Moment ist die Vermehrung der Flüssigkeit. Die Diagnose der Meningitis serosa ist nur mit grösster Vorsicht zu stellen. Man muss dabei stets an einen latenten Gehirntumor denken, welcher solche vorübergehende Attaquen gelegentlich macht. Bei Gehirntumor sieht man nach der Spinalpunction öfters eine Besserung der subjectiven Beschwerden, die Kopfschmerzen werden geringer, das Sensorium klarer. Redner vermisst einen Beweis für die unmittelbar heilende Wirkung der Spinalpunction, gesteht aber ihre unterstützende Wirkung zu. Von einzelnen Thatsachen ist noch besonders zu erwähnen: der auffallende Reichthum von Leukocythen in der Spinalflüssigkeit in solchen Fällen, wo anscheinend keine Entzündung vorliegt. Mehrfach hat Redner bei Urämie punktirt und bald mehr bald weniger Flüssigkeit gefunden, wie das ja auch bei der tuberculösen Meningitis der Fall ist.

Schultze (Bonn) zweifelt das Vorkommen einer serösen Meningitis an und gibt zu bedenken, ob der Heilerfolg der Spinalpunction in solchen Fällen nicht vielleicht auf Suggestion beruht.

Ewald (Berlin) fragt, ob plötzliche Todesfälle, nach Spinalpunction, wie sie von Fürbringer beobachtet sind, auch von anderen beobachtet wurden, und ob es sich hier um einen ätiologischen Zusammenhang oder um blosse Zufälligkeiten handle.

Hansemann (Berlin) hat zweimal eine Meningitis serosa auf dem Sectionstische beobachtet.

Lenhartz (Hamburg): Bei 9 Hirntumoren von denen 7 gestorben sind, hat er 26 Punctionen vorgenommen, bei einem Kranken achtmal, freilich niemals mehr als 30 cm³ Flüssigkeit

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1896, Nr. 16—19, 22—25.

auf einmal abgelassen. Er hat ein einziges Mal, 6 Stunden nach der Punction, einen Todesfall beobachtet, sonst war danach nur stets eine wohlthuende Wirkung zu constatiren: fast sofortige Beseitigung von Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen.

Hennig (Königsberg): Ueber den Werth des Diphtheriebacillus in der Praxis und die Resultate meiner Diphtheriebehandlungsmethode.

Hennig berichtet, das er im Ganzen 63 Fälle genau bacteriologisch und klinisch auf das Vorkommen von Löffler'schen Bacillen untersucht hat. Derselbe wurde nur in 55·5% gefunden und zwar in Fällen echter klinischer Diphtherie, aber auch bei folliculären und lakunären Anginen (!) und in einem Falle von Pharyngitis aphthosa (Heryng); ferner theilte er mit, dass er in einer Reihe von Fällen (9) vermisst wurde, in denen später typische Lähmungen auftraten. Auf Grund dieser Untersuchungen kommt Hennig zu dem Ergebnisse, dass der Löffler'sche Bacillus durchaus nicht in allen Fällen der specifische Erreger der Bretonneau'schen Diphtherie sein kann, und dass eine auf dieses Bacterium aufgebaute Therapie infolgedessen nicht als eine specifische aufgefasst werden darf. Alsdann erläutert er näher, dass die Erfolge mit dem Heilserum nicht so glänzende sind, wie sie scheinen und in keiner Beziehung zu weiteren Versuchen aufmuntern und dass schon vor der Serumperiode mehrere Autoren Behandlungsmethoden mit weit günstigerem Erfolge angewandt haben und durchschnittlich nur 3—4 Percent aller Diphtherie-Erkrankungen einschliesslich der gangränösen und Scharlachdiphtherieen verloren.

Zum Schlusse empfiehlt Hennig seine nun schon seit 18 Jahren in 1927 Fällen mit nur 3·06 Percent Mortalität mit zäher Consequenz durchgeführte Behandlungsmethode (Kalkwasser und permanente Eiskravatte etc.).

Krönig (Berlin) demonstrirt 1. Blutpräparate eines tödtlich verlaufenen Falles von Phenacetinvergiftung, des ersten, der bisher beobachtet worden ist. Der Kranke hatte 1 g Phenacetin zu sich genommen und ist unter den Erscheinungen schwerer Sepsis erkrankt, 2. eine von ihm construirte neue Centrifuge, deren Fortschritt darin besteht, dass das Zahnrad durch einen Riemen ersetzt wird, wodurch die Handhabung eine bei weitem bequemere ist.

Hoppe-Seyler (Kiel) demonstrirt einen Apparat zur klinischen Untersuchung der Magengase, dessen Princip darin beruht, dass die Magengase über der ausgeheberten Magenflüssigkeit aufgefangen werden und nun einigermassen genau analysirt werden können. Es wird dadurch eine Unterscheidung zwischen der Gasgährung im Magen und dem Luftschlucken ermöglicht.

Schlagintweit (München) demonstrirt ausgezeichnete photographische Abbildungen des Centralnervensystems.

Laqueur (Wiesbaden) stellt eine Kranke mit einer rheumatischen Schwiele vor, welche seit mehreren Jahren anfallsweise Beschwerden macht.

(Fortsetzung folgt.)

Académie des sciences in Paris.

Sitzung vom 11. November 1895.

Grimbert: Die vom Friedländer'schen Pneumobacillus eingeleiteten Gährungen.

Nach Frankland bewirkt der Friedländer'sche Pneumococcus Gährungen in Lösungen von Glykose, Saccharose, Lactose, Raffinose, Dextrin und Mannit, ist dagegen auf Glycerin und Dulcit ohne Wirkung. Die Hauptproducte der Glykose- und Mannitgährung sind Aethylalkohol und Essigsäure, daneben Spuren von Ameisensäure und wahrscheinlich von Bernsteinsäure. Der Pneumococcus, welcher bei diesen Versuchen benützt wurde, stammt aus dem hygienischen Institut in Berlin und war vorher drei Jahre lang auf Pepton-Gelatine fortgezüchtet worden.

Vortragender hat die Versuche Frankland's mit dem Pneumococcus Friedländer aus dem Roux'schen Laboratorium wiederholt und ist zu wesentlich anderen Resultaten gekommen. Der Pneumobacillus des Pasteur'schen Institutes vergährt nämlich nicht nur Glykose, Galactose, Arabinose, Mannit, Saccharose, Maltose, Lactose, Raffinose, Dextrin und Stärke, sondern greift auch Glycerin und Dulcit energisch an. Nach der Natur des Substrates wechseln die Gährungsproducte. Hauptsächlich aber sind es Aethylalkohol, Essigsäure, Links-Milchsäure und Bernsteinsäure. Der Vortragende meint daraus folgern zu können, dass es mindestens zweierlei, morphologisch ähnliche, in ihren gährungserregenden Fähigkeiten aber verschiedene Friedländer'sche Pneumobacillen gibt. Jedes Mal, wenn die Culturen dieses Bacterium ergeben, wäre daher unter Benützung von Glycerin- oder Dulcit-Nährboden darnach zu sehen, ob es mit dem Frankland'schen oder mit dem vom Vortragenden bestimmten Pneumobacillus identisch ist.

Winter: Die Constanz des Gefrierpunktes einiger Flüssigkeiten des Organismus; Anwendung auf die Milchanalyse.

Aus den Untersuchungen des Vortragenden geht hervor, dass das menschliche Serum und die Milch einen gemeinsamen und constanten Gefrierpunkt haben. Dieser Befund bedeutet nach den Studien Raoult's über das Verhalten von Lösungen nichts anderes, als dass diese Flüssigkeiten äqnimoleculär sind, d. h. dass sie in dem gleichen Gewicht Wasser die gleiche Menge fester Bestandtheile gelöst enthalten. Die anderen Flüssigkeiten im Organismus, Magensaft, Urin, Punctionsflüssigkeiten, befolgen mit einigen Einschränkungen dasselbe Gesetz. Das abweichende Verhalten wird Gegenstand specieller Mittheilungen sein. Aus den gesammten Untersuchungen ergibt sich, dass im Allgemeinen der ganze Organismus im osmotischen Gleichgewicht stehe und dass das Leben der Zelle unter dem Einfluss eines constanten Limeswerthes vor sich geht. Praktisch lässt sich diese Constanz, sowie die Proportionalität zwischen dem Herabrücken des Gefrierpunktes und der moleculären Concentration in der Milchanalyse verwenden. Jede Aenderung der Concentration derselben, jede Vermischung verschiebt den Gefrierpunkt in proportionalem Verhältniss. — Was das Serum betrifft, so erklärt die «fixe moleculäre Concentration» eine grosse Zahl bekannter oder noch unklarer Thatsachen. So lässt sich die schädliche Wirkung von Infusionen aller Lösungen auf's Blut, sobald dieselben von der Grenzconcentration des Serums abweichend zusammengesetzt sind, daraus erklären. Dieselbe ist gleich der einer Lösung von 0·91 g Kochsalz in 100 g Wasser. Von derselben Grundlage aus wird man den Blutkörperchen, dem Fibrin und all den alterabeln Blutelementen eine specielle bisher unbekannte Function zuzutheilen haben: sie haben offenbar die Aufgabe, die moleculäre Concentration des Serums zu sichern, ganz ebenso wie die im Ueberschuss zu einer concentrirten Salzlösung zugesetzten Krystalle die Concentration durch ihre Lösung oder durch das Niederschlagen frischer Krystalle sichern.

Sitzung vom 18. November 1895.

Phisalix und Bertrand: Das Blut von Giftschlangen als Gegengift.

In früheren Mittheilungen haben die Vortragenden gezeigt, dass das Blut der Giftschlangen toxische Substanzen enthält, welche ähnlich wirken wie das secernirte Gift. Die Immunität der Thiere gegen ihr eigenes Gift war damals von ihnen als Gewöhnung aufgefasst worden. Neue Untersuchungen legen die Möglichkeit einer anderen Auffassung nahe. Bei weiteren Versuchen über das Blutgift zeigte sich nämlich, dass die Injection mehrerer Cubikcentimeter eines während 15 Minuten auf 58° erhitzten Schlangenblutserums einem Meerschweinchen gar nichts mehr macht, während 0·5 cm³ des normalen Serums das Thier tödtet. Die toxischen Substanzen sind daher, wie Calmette das schon für das Blut von Naja tripudians und anderen Giftschlangen gezeigt hat, durch das Erwärmen vernichtet worden. Noch mehr: die Injection des erwärmten Serums immunisirt das Thier passager aber energisch gegen das Gift. In einigen Fällen schützte 0·25 cm³ erwärmtes Serum das Versuchsthier gegen die tödtliche Giftdosis. — Vielleicht beruht die Immunität der Giftschlangen gegen ihr Gift auch auf der Production antitoxischer Substanzen, also auf Auto-Vaccination, nicht auf Gewöhnung. Kfn.

Kritische Besprechungen und literarische Anzeigen.

Ueber die Autointoxicationen des Intestinaltractus. Von **Dr. Albert Albu.** Berlin. Verlag von August Hirschwald. 1895.

Nicht die Absicht, ein Lehrbuch der Autointoxicationen zu schreiben, sondern eine Zusammenfassung dessen zu geben, was bisher über Selbstvergiftungsprocesse im Allgemeinen und solche vom Magendarmtract ausgehende im Besonderen geschrieben wurde, veranlasste den Verfasser, mit dem vorliegenden Werke vor die Oeffentlichkeit zu treten.

Die Autointoxication definirt der Autor als eine Vergiftung des Organismus durch die Producte des eigenen Stoffwechsels, die entweder normale, aber in grosser Menge angehäufte, oder abnormale sein können, unter denen man wiederum solche zu unterscheiden hat, welche sonst im Körper einer weiteren Umsetzung unterliegen, und solche, welche im gesunden Organismus überhaupt nicht oder nur in geringem Maasse gebildet werden.

Obgleich der Autor eine exacte Systemisirung der Autointoxicationen nicht für durchführbar hält, versucht er doch aus didaktischen Gründen nachfolgende Eintheilung zu treffen: 1. Autointoxicationen durch Ausfall von Organfunctionen. Hieher gehören das Myxödem, die Cachexia strumipriva, der vom Pankreas ausgehende Diabetes, die acute gelbe Leberatrophie, der Morbus Addisoni. 2. Autointoxicationen durch allgemeine Stoffwechselanomalien ohne ersichtliche Localisation. Zu diesen sind zu rechnen: der Diabetes im Allgemeinen, die Gicht, die Oxalurie u. s. f. 3. Autointoxicationen durch Retention physiologischer Producte des Stoffwechsels in den verschiedenen Organen. Zu dieser Gruppe zählen die Kohlensäurevergiftung bei behinderter Athmung, die Urämie, die Eklampsie, die schweren Erscheinungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen. 4. Autointoxicationen durch Ueberproduction physiologischer und pathologischer Producte des Organismus. Zu dieser Reihe gehören die Hydrothionämie, die Ammoniämie, die Acetonurie, die Diaceturie, die Cystinurie, das Coma diabeticum, das Coma carcinomatosum u. s. f.

Zwischen die beiden letzten Gruppen ist nach Ansicht des Autors einzureihen die Mehrzahl der vom Intestinaltracte ausgehenden Intoxicationen: der Magen-Darmschwindel, das Asthma dyspepticum, die Reizungs- und Lähmungserscheinungen von Seiten des Centralnervensystems, welche bei Magenerweiterung, chronischer Stuhlverstopfung, Ileus und eingeklemmter Hernie zur Beobachtung gelangen; ferner die im Gefolge von Magen- und Darmaffectionen auftretenden Hauterkrankungen, die Tetanie.

Der Pathogenese der Autointoxicationen seitens des Verdauungscanals wird in einem Anhange die Besprechung des Morbus Addisoni, des Morbus Basedowii und der Eclampsia gravidarum beigefügt.

Der Autor behandelt zum Schlusse die Therapie der Autointoxicationen. Bei jenen Selbstvergiftungen, die durch Ausfall von Organfunctionen entstanden sind, wären jene Organsäfte einzuverleiben, welche der Körper verloren hat, wie z. B. Myxödem durch Darreichung von Schilddrüsensubstanz geheilt wurde.

Für die Therapie der zweiten vom Autor aufgestellten Gruppe der Autointoxicationen bietet sich gegenwärtig noch keine rationelle Grundlage dar.

Für die Selbstvergiftungen der 3. und 4. Gruppe, welche die Retentions- und Productionstoxicosen enthalten, gelten die Grundsätze der Therapie, welche Bouchard geltend gemacht hat: 1. die Giftbildung zu verhindern, 2. die Resorption des Giftes hintanzuhalten, 3. die Gifte im Organismus zu zerstören, 4. die Ausscheidung der Gifte durch die Haut, die Nieren, den Darm, die Lunge zu begünstigen.

Nach der Ansicht des Verfassers lässt sich nur die Ausscheidung der Giftstoffe aus dem Organismus erreichen, und zwar durch Laxantia, durch Schweiss- und harntreibende Mittel, sowie durch Aus- und Durchwaschung des Organismus, durch reichliches Getränk, Magenausspülungen, Infusionen, eventuell durch hypodermatische Einverleibung von Kochsalzlösung. Dagegen ist der Verfasser im Gegensatze zu anderen Autoren ein Gegner der antifermentativen Intestinalbehandlung.

Die fleissige Arbeit enthält eine ziemlich umfangreiche Zusammenstellung der einschlägigen Literatur und wird von denen, welche dem Gegenstande überhaupt ein Interesse entgegenbringen, mit Nutzen gelesen werden. Alois Pick.

A. Blaschko: Autointoxication und Hautkrankheiten. Berliner Klinik Nr. 87. Fischer's medic. Buchhandl., Berlin-Prag.

In dem Vortrage bezieht sich der Autor selbstverständlich zunächst auf Bouchard, den Lehrer der Autointoxicationen. Allerdings ist die Kenntniss von der Magenerweiterung seither bedeutend vermehrt worden; nicht so die Kenntniss von den betreffenden Hautaffectionen, so dass also heute noch die von Blaschko citirten dürftigen Angaben Bouchard's darüber eigentlich das Wesentliche sagen. Auch aus dem vorliegenden Vortrage erfahren wir nicht viel Neues. Und das ist begreiflich, da, wie Blaschko auch erwähnt, der exacte chemische Nachweis der toxischen Substanzen für die Gruppe der Autointoxicationen aus intestinaler Ursache bis jetzt fehlt. Uebrigens sind uns die Gifte, welche die Erytheme in den anderen von Blaschko aufgestellten Gruppen (acute Exantheme, acute und chronische Infectionskrankheiten, Anämie, Icterus) verursachen, ebenso unbekannt. Zweifellos ist die ersterwähnte Gruppe, die der Hautaffection aus intestinaler Ursache, eine der wichtigsten und sie bietet für den Forscher die grösste Wahrscheinlichkeit richtiger Lösungen, wenn sich auch der Dermatologe alter Wiener und deutscher Schule nur widerstrebend und ungern zu den betreffenden Ansichten bekennt. Dieses Widerstreben veranlasst wohl auch Blaschko, des Einflusses von Dyskrasien, von Anomalien und Veränderungen des Stoffwechsels in nicht sehr wohlwollender Weise zu gedenken. Dennoch glauben wir, dass dieser Richtung der französischen Schule die Zukunft gehört und dass nicht nur die Versuche derselben nachgeprüft, sondern neue und zahlreiche ähnlicher Art angestellt werden müssen. P.

Carl Junker: Ein allgemeines bibliographisches Repertorium und die erste internationale bibliographische Conferenz in Brüssel 1895. (Wien, 1896, Alfred Hölder, 34 p.)

Verfasser, ein Theilnehmer obiger Conferenz, hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, das deutsche Publicum mit dem von zwei Belgiern (Henri La Fontaine und Paul Otlet) ausgegangenen Riesenplane der Anlegung eines allgemeinen bibliographischen Repertoriums bekanntzumachen. Demselben soll laut Beschluss der Brüsseler Conferenz das von dem amerikanischen Bibliothekar Melvil Dewey erfundene und von den beiden genannten belgischen Autoren auf ein Wissensgebiet (Sociologie) bereits mit Erfolg angewandte, höchst ingeniöse System der «Decimal-Classification» zugrunde gelegt werden. Dasselbe theilt zunächst sämmtliche Gebiete menschlichen Wissens in 10 Classen, welche mit den Ziffern 0—9 bezeichnet werden. Jede Classe zerfällt wieder in 10 Abtheilungen, welche Unterteilung beliebig weit fortgesetzt werden kann. Durch Aneinanderreihung dieser Zahlenindices lassen sich dann eng umschriebene Wissenszweige leicht classificiren und bezeichnen. Im Falle einer internationalen Uebereinkunft bedeutet dann z. B. 330.2 ein Handbuch der politischen Oekonomie, 891.55 die neupersische Literatur etc. Bezüglich der Details des Systems, der vorläufigen Ergebnisse der Brüsseler Conferenz, der Statuten des internationalen bibliographischen Institutes u. s. w. müssen wir auf die Originalpublication verweisen. Hsr.

Zeitungsschau.

Münchener medicinische Wochenschrift 1896, Nr. 22, 23 u. 24.

Dinkler (Heidelberg): Ueber den Stoffwechsel bei Gebrauch getrockneter Schilddrüsensubstanz.

Die Untersuchung bezieht sich auf drei Fälle, bei welchen die Stickstoffausfuhr im Harn und Koth, ferner die Phosphor- und Chlorabgabe ermittelt wurden. Es zeigte sich bezüglich des Körper-

gewichtes, dass bei Ueberernährung sowohl Gewichtsabnahme als -Zunahme erfolgen kann, bei Unterernährung ist die Gewichtsabnahme stets eine rapidere als ohne Thyreoidea. Was die Stickstoffausfuhr anlangt, so übersteigt in zwei Fällen während der Vorversuchstage anfangs die Stickstoffabgabe bei Zerlegung von circulirendem Eiweiss die Stickstoffeinnahme; der Stickstoffverlust wird jedoch von Tag zu Tag kleiner; mit dem Beginn der Verordnung der Schilddrüsenpräparate erfolgt abermals eine Steigerung der Stickstoffausfuhr, im dritten Falle, wo der Versuch an einem abgemagerten Individuum gemacht wird, wird während des Vorversuchs Stickstoff zurückgehalten; bei Eingabe der Thyreoidea tritt auch hier vermehrte Stickstoffausfuhr auf. Bezüglich der Phosphor- und Chlorabgabe konnten eindeutige Resultate nicht gewonnen werden.

Vollert (Heidelberg): Ueber den Werth des Eucain in der Augenheilkunde.

Das Eucain wurde als Ersatzmittel des Cocain für Anästhesirung bei Augenoperationen empfohlen und Versuche damit auf der Leber'schen Klinik angestellt. Dieselben ergaben, dass bei Anwendung 5%iger Lösung eine sehr bedeutende Reizung der Bindehaut und, wie Thierversuche ergaben, eine förmliche Maceration des Epithels eintritt. Gegenüber diesen Nachtheilen sind die Vortheile: geringere Mydriasis, geringere Accommodationslähmung, zu gering, als dass man sich veranlasst sehen sollte, zum Eucain an Stelle des Cocain zu greifen.

Theilhaber: Welche Symptome machen die Flexionen und Versionen des Uterus.

Der Verfasser führt vorerst bezüglich der Anteflexio den Beweis, dass sie unter keinen Umständen pathologische Bedeutung hat; der Beweis ist dadurch erbracht, dass bei den Frauen, bei welchen nach Vaginafixation eine «pathologische» Anteflexion haben, keine Beschwerden vorhanden sind, welche für diese Lageanomalie angeblich charakteristisch ist. Erst wenn diese Frauen gebären sollen, treten Schwierigkeiten auf, welche man jedoch bei nicht künstlich herbeigeführten, wenn auch fixirten Anteflexionen niemals beobachtet hat. Bezüglich der Retroflexionen führt der Verfasser den Nachweis, dass unter den von ihm behandelten Frauen Retroflexionssymptome in ungefähr dem gleichen Percentsatz dann angegeben wurden, wenn überhaupt keine Retroflexion bestand, als bei wirklich bestehender Retroflexion. Der Verfasser beantwortet also die Titelfrage dahin: die Flexionen und Versionen des Uterus machen in nichtschwangerem Zustand keinerlei Störungen; die Beschwerden sind bedingt durch Erkrankungen, welche von den Deviationen unabhängig sind, durch Metritis und Endometritis, durch Darmatonie, primäre Neurasthenie etc.; im schwangeren Zustand dagegen führen Deviationen in sehr seltenen Fällen zu Störungen, am häufigsten jedoch die artificiell herbeigeführten Deviationen. Verfasser führt die Arbeiten der letzten Zeit an, welche seine Ansichten unterstützen und widerlegt andererseits die gegen sie erhobenen Einwendungen.

Chotzen: Ueber die Prognose der Extrauteringravidität und die Bedeutung des Sectionsmaterials für dieselbe.

Chotzen stellt die Verlaufsmöglichkeiten der Extrauteringravidität auf: Ein grosser Theil heilt frühzeitig aus, wovon einige aus den späteren Monaten zur Beobachtung kommen können; sehr wenige entwickeln sich in den Tuben weiter, in den seltensten Fällen bis zur Reife, die übrigen kommen in verschiedenen Ausgängen von günstiger Prognose zur Kenntniss. In einer grösseren Anzahl rupturirt die Tubenschwangerschaft und bildet in der überwiegendsten Mehrzahl Hämatocele mit Resorption; der grösste Theil wird erst in diesem Ausgang entdeckt; ein kleiner Theil bildet freie Blutung mit schlechter Prognose; ein anderer kleiner Theil kommt zum Weiterwachsen; es bilden sich die secundären Schwangerschaften mit all' ihren möglichen Ausgängen zweifelhafter Prognose. Die schweren Formen der Erkrankung werden bekannt, was seinen Ausdruck in den ungünstigen Statistiken findet. Verfasser führt den Nachweis, dass nur in $^1/_3$ aller Fälle die Diagnose vor der Operation gestellt wurde und dass dann bei der Operation viele Fälle in Heilung begriffen gefunden wurden. Wären diese Fälle nicht operirt worden, so hätten sie die Zahl der günstigen Fälle vermehrt, ohne dass dies bekannt geworden wäre. Chotzen zeigt ferner, dass das Sectionsmaterial für diese Frage nicht in Betracht komme, da die Fälle zu selten den Kliniken überwiesen werden. Er tritt schliesslich für ein expektatives Verfahren unter Anwendung von Morphiuminjectionen in den Fruchtsack ein.

Grube (Neuenahr): Beiträge zur Aetiologie und Klinik der Zuckerkrankheit.

Grube bringt die Krankengeschichten von im Ganzen 10 Diabetikern, welche in Verlauf und Aetiologie seiner Ansicht nach Besonderheiten darboten. Zwei Fälle geben ihm Gelegenheit, gegenüber Noorden die Ansicht auszusprechen, dass die Acetonurie nicht immer aus dem Körpereiweiss, sondern auch aus dem Nahrungseiweiss ihren Ursprung nehme. Hirschfeld behauptete, dass in leichten Diabetesfällen die Acetonurie bei Verabreichung von Kohlehydraten verschwinde, bei schweren fortbestehe. In einem Falle Grube's bestätigte sich dies nicht, da in einem zweifellos leichten Falle die Acetonurie trotz Genusses von Kohlehydraten weiterbestand. Die übrigen Fälle mögen im Original eingesehen werden, sie bieten im Allgemeinen nichts Besonderes.

Sticker (Giessen): Neue Beiträge zur Bedeutung der Mundverdauung.

Die Arbeit behandelt die Schwefelwasserstoffentstehung bei der Mundverdauung und zwar sind die Versuche an verschiedenen Küchengewächsen, Rettich, Zwiebel, Knoblauch gemacht worden. Es handelt sich um den Nachweis, dass der Schwefelwasserstoff thatsächlich schon in der Mundhöhle gebildet wird, welcher Nachweis dadurch gelingt, dass die betreffenden Objecte mit Speichel bei Temperaturen von 30° digerirt werden. Es wird ferner nachgewiesen, dass es das Ptyalin im Speichel sei, welchem die Schwefelwasserstoffentstehung zuzuschreiben sei.

Schmitt (München): Chirurgische Mittheilungen für die Praxis.

a) Alkoholverbände.

Bei Lymphangoitiden, beginnenden Phlegmonen, in Fällen, in welchen Eiterbildung noch nicht nachgewiesen ist und in welchen möglicherweise die Bildung des Eiters überhaupt verhütet werden kann, hat sich Schmitt ein feuchter Alkoholverband sehr gut bewährt; derselbe wird mit 96% Alkohol gemacht, über die feuchte Binde kommt ein undurchlässiger Stoff, welcher jedoch an einzelnen Stellen durchlöchert werden muss, damit der Alkohol langsam verdunsten kann; sonst tritt Maceration der Haut ein. Auch bei frischen Wunden, welche als inficirt angesehen werden müssen, ist der Verband mit Vortheil angewendet worden. Natürlich darf er die Incision, falls Eiter nachgewiesen ist, nicht ersetzen wollen.

b) Operationen unter Cocainanästhesie.

Schmitt empfiehlt die häufigere Cocainanästhesie an Stelle der allgemeinen Narkose. Die Anästhesie soll in Form der Infiltrationsanästhesie ausgeführt werden, indem die Pravaz'sche Spritze intracutan weit vorgeschoben und beim allmäligen Zurückziehen an einzelnen Stellen das Cocain tropfenweise aus der Spritze gestossen wird. Die Quaddelbildung zeigt an, dass das Verfahren richtig angewendet worden ist. Gegen die Intoxicationsgefahr glaubt Verfasser dort, wo es nach Lage der Umstände möglich ist, vorherige Anlegung der Esmarch'schen Binde an der Stelle der vorzunehmenden Anästhesirung empfehlen zu sollen. Schmitt wendet bei dem Verfahren 3% ige Lösungen des Cocain an.

Vissering (Norderney): Ein Fall von Thorax-Gallenfistel mit Entleerung eines Gallensteines per vias naturales und nicht tödtlichem Ausgang.

Es handelt sich um einen Fall, in welchem ein durch Einklemmung eines Gallensteines im Ductus cysticus entstandenes Gallenblasenempyem eine Verlöthung des Fundes der Gallenblase mit dem Zwerchfell hervorgerufen hat; dann kam es zum Durchbruch in den Pleuraraum, Pleuritis mit Durchbruch in die Lunge und Bildung eines Lungenabscesses; nun konnten die angesammelten Eiter- und Gallenmengen, sowie der Gallenstein selbst in einen grösseren Bronchus gelangen und von dort durch Hustenstösse entleert werden. In der Lunge selbst bildete sich eine Verdichtung heraus; wahrscheinlich ist auch eine bronchiektatische Caverne vorhanden.

Ry.

Allgemeine medicinische Centralzeitung 1896.

Nr. 19, 20, 21. J. Auerbach (Berlin): Zur Therapie der Patellarfracturen.

Bezüglich der Sternbrüche gilt als allgemein anerkannte und sicherste Therapie, um die Bruchstücke der Patella zusammenzuhalten und zur Zusammenheilung zu bringen, die Knochennaht, bei Splitterbrüchen ist die Eröffnung des Kniegelenkes unabweislich. Bei den praktisch wichtigsten, den Querbrüchen, wird besonders von der englischen Schule die Knochennaht angewendet; sie bietet die beste Gewähr für knöcherne Zusammenheilung und Ausbleiben von Recidivfracturen. Allerdings finden sich in der Literatur auch Fälle von fibröser Heilung mit ganz beträchtlicher Diastase durch Dehnung der fibrösen Stränge ohne wesentliche Functionsstörung: das compensatorisch eintretende Moment in diesen Fällen ist entweder die atrophische Verkürzung des Quadriceps (Brunner) oder nach v. Bergmann der in Function tretende «Reservestreckapparat», d. i. der Ansatz des Vastus internus an die mediale Seite der Fascia cruris und des Tensor fasciae latae an die Fascia lata. Auf diesen Reservestreckapparat hat man bei Querbrüchen das Hauptaugenmerk zu richten; ist er erhalten geblieben, so wird er auch bei fibrösem Callus, selbst mit erheblicher Diastase, die Function des Quadriceps ersetzen können, ist er mitzerrissen (was man aus dem starken Bluterguss und der grossen Diastase schliesst), so wird man durch knöcherne Patellanaht den Quadriceps am besten leistungsfähig erhalten. Eine in dieser Hinsicht unangenehme Complication ist die bei Querbrüchen nicht seltene Perforation der oberen Recessus des Kniegelenkes, indem jede Operation dabei wegen des der Infection geöffneten Gebietes doppelt gefährlich und der Quadriceps durch das weite Vordringen des Blutes schnell atrophisch wird. Hier ist vor Allem frühzeitige, ausgiebige Massage indicirt. — Für die gewöhnlichen Fälle mit geringerer Diastase empfiehlt sich am meisten das von Langenbeck und seinen Schülern geübte Verfahren (Heftpflasterstreifen-Verband in Testudoform, nach Sehede anfangs häufig zu wechseln), bei grosser Diastase Kocher's peripatellare Naht (Umkreisen der Fragmente mit Silberdraht und Anziehen desselben). Die Punction des blutgefüllten Gelenkes ist bei reichlicheren Ergüssen das Erste.

Nr. 26, 27. Kader (Breslau): Erfahrungen über die für das Ueberstehen der Narkose bei herzschwachen Individuen günstige Wirkung der Herztonica, Digitalis und Strophantus.

Da neuere Erfahrungen die Aethernarkose zu discreditiren fortfahren, indem die Anschoppung der Lungen, wie die Ansammlung zähen Secretes in Trachea und Bronchien, nicht verhindert und im Ernstfalle auch durch künstliche Respiration in ihren Folgen nicht mehr gut zu machen sind, empfiehlt Kader neuerlich die unter folgenden Cautelen auf Mikulicz's Klinik erprobte Chloroformnarkose. Das Verhalten der Athmung muss als von mindestens gleicher, wenn nicht grösserer Bedeutung als das des Pulses, auf das genaueste controlirt werden. Bei jeder Pause in der Athmung ist das Chloroform sofort zu entfernen, damit der nächste tiefe Athemzug reine Luft aufnimmt. Sobald das Excitationsstadium vorüber ist und der erste meist sehr tiefe Athemzug das Stadium der vollen Narkose einleitet, muss die Maske auf kurze Zeit wieder entfernt werden; dann erst wird die Narkose als regelrechte, hinsichtlich der Menge des Chloroforms streng an die individuelle Toleranz angepasste Tropfnarkose fortgesetzt. Ferner empfiehlt Kader, durch Verabreichung von Digitalis und Strophantus vor der Operation die Widerstandsfähigkeit des Herzens bei sämmtlichen Patienten, bei denen die Gefahr eines Herzcollapses besteht, wenigstens für die Zeit der Operation zu heben, also bei Herzklappenfehlern, Inanition, Anämie, Lungen- und Nierenerkrankungen, Sepsis, Arteriosklerosis, Myocarditis etc., lymphatischer Diathese. — Die verabreichten Dosen sind geringfügig und warnt Kader vor Digitalis-Cumulation. Des Verfassers dreijährige Erfahrungen sprechen im günstigsten Sinne für das Vorgebrachte.

Nr. 24—30. J. Neudörfer (Wien): Die Gebrauchsfähigkeit des wegen Anchylose, Verletzungen und Krankheiten resecirten Ellbogengelenkes.

Neudörfer bringt hier eine Art Monographie der Ellbogenresection, zu deren wärmsten Anhängern er zählt. Durch das in den Vordergrundtreten der Darm- und Gehirnchirurgie, der Kropfoperationen u. dgl. ist das Interesse für die Gelenksresectionen in neuerer Zeit sehr herabgedrückt worden. Viele Chirurgen verhalten sich ablehnend gegen dieselben und ziehen die Amputation vor. So empfahl auch Wolff 1895 bei Anchylose des Ellbogengelenkes an Stelle der Resection Durchtrennung aller die Beweglichkeit hindernden Stränge und Brücken in offener Wunde, um die Bildung neuerlicher Anchylose oder eines Schlottergelenkes zu verhüten. Neudörfer hält nach seinen Erfahrungen bei zahlreichen Resectionen die Furcht vor neuer Anchylose für vollkommen unbegründet, nie trat Anchylose ein, und zwar je sorgfältiger das Periost geschont und conservirt wurde, desto besser war das functionelle Ergebniss, so dass also die prophylaktische Abtragung eines schmalen Periostlappens von dem resecirten Humerusende zum Mindesten unnöthig erscheint. Ein Schlottergelenk darf auch nicht auf Rechnung der Resection gesetzt werden: Ein echtes Schlottergelenk muss nach Neudörfer schon vor der Operation vorhanden sein, denn es kann durch eine Resection niemals erzeugt werden, sondern hat seinen causalen Grund im Centralnervensystem. — Natürlich geht Neudörfer nicht so weit, bei Erkrankung oder Verletzung des Cubitalgelenkes sofort an Resection zu denken, wenn Anchylose eingetreten ist. Er hat ja selbst 1864 unter dem Namen «Apolyse» eine Methode empfohlen, die in methodisch ausgeführten passiven Bewegungsversuchen mit nachfolgender Massage, Bädern und täglichem Gebrauch des Gelenkes besteht. Auch eine im Verlauf von 2—3 Monaten 6—8mal zu wiederholende stundenlange Application von spanischem Fliegenpflaster auf die Streckseite des Gelenkes ist von unerklärlich guter Wirkung auf die Beweglichkeit der wenig beweglichen Gelenke. Der Verfasser verbreitet sich dann in erschöpfender Weise über die Indicationen und Contraindicationen der Ellbogenresection und hebt ganz besonders hervor, man solle sich nicht mit einer rechtwinkeligen Anchylose im Ellbogengelenk zufrieden geben, wie z. B. Billroth und v. Langenbeck es vertraten, da Arbeits- und Erwerbsfähigkeit dabei noch sehr erheblich gestört bleiben, sondern es ist die Indication zur Resection auch bei rechtwinkeliger Anchylose im Ellbogen wohl gerechtfertigt. Zur Technik der Operation bringt Neudörfer nicht viel Neues vor. Er anämisirt nicht mit dem Esmarch'schen Schlauch, sondern nur durch eine nach Elevation und centripetaler Massage angelegte elastische Binde; in neuerer Zeit hat Neudörfer die Anämisirung aufgegeben und überlässt die Blutstillung aus den kleinen Muskelästen ganz dem Wasserstoffperoxyd. Zur Nachbehandlung wird Bettruhe nur für wenige Tage, dann Tragen des Armes in der Mitella empfohlen, der möglichst seltene Verbandwechsel erfolge auf trockenem Wege. Der Schluss der Abhandlung bringt eine detaillirte Aufzählung der von Neudörfer bei Ellbogenresectionen erzielten Endresultate.

E. H.

Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. Nr. 11. 15. März 1896.

Rueda (Madrid): Labyrinthnekrose.

Das $3^1/_2$ Jahre alte Kind, Manuel N., erkrankte im Anschlusse an Morbillen an acuter eitriger Mittelohrentzündung. Nach sieben Monaten wurde Patient mit heftigen Schmerzen im rechten Ohre und mit einer rechtsseitigen Facialislähmung dem Verfasser vorgestellt. Es zeigte sich der Gehörgang mit einer Menge blutigen Eiters angefüllt, nach dessen Entfernung zahlreiche leicht blutende Granulationen zum Vorschein kamen, die theils mit der kalten Schlinge, theils mittelst Auskratzung entfernt wurden, worauf man in der Tiefe auf eine knöcherne Masse stiess, die mit der Pincette extrahirt wurde. Einen Monat später führten wieder starke Schmerzen und Blutungen aus den Ohren den Patienten zum Verfasser. Befund wie zuvor. Nach gehöriger Reinigung findet man in der Tiefe einen grossen Sequester, der erst nach Zerkleinerung mit starken Pincetten und nicht ohne Mühe extrahirt werden konnte. Die in ihre ursprüngliche anatomische Lage zusammengestellten vier Fragmente des Sequesters stellten dar: den unteren Theil des Vestibulum, die hintere Hälfte des äusseren und das innere Orificium des hinteren Canalis semicircularis und den Anfang der ersten Schneckenwindung. Man konnte ferner daran sehen: das Promontorium, das runde Fenster und den unteren Umfang des ovalen Fensters. Einen Monat später

vollständige Heilung. Zwei Umstände sind es besonders, die diesen Fall interessant erscheinen lassen. Einige Wochen vor dem Auftreten der Facialisparalyse und vor dem Erscheinen des Sequesters im Ohre wurde an dem kleinen Patienten eine Störung im Gange bemerkt, mit der Neigung, nach rechts zu fallen. Diese Erscheinung hielt vierzehn Tage an und war von keinen meningoencephalitischen Symptomen begleitet. Diese Gleichgewichtsstörung ist nach Verfasser eine klinische Demonstration der den Bogengängen zugesprochenen Function. Das Verschwinden dieser Störung erfolgte zum Theil durch die Function der Bogengänge der anderen Seite. Ein anderer merkwürdiger Umstand ist das Erhaltensein des Gehörs. Das Kind hörte und wiederholte Worte und Zahlen, die in 4 Meter Entfernung ausgesprochen wurden, bei Verstopfung des gesunden Ohres.

Jacquemart: Beobachtung eines Falles von fungöser Otitis.

Bei einem Patienten, der bereits seit vielen Jahren an einer vernachlässigten Otorrhoe litt, traten zu wiederholtenmalen Ohrensausen und Schwindel auf. Die jedesmal nach Entfernung von fungösen Vegetationen und Polypen aus dem Mittelohr vorübergingen. Infolge Vernachlässigung der weiteren Behandlung kehrten die Wucherungen immer wieder, und zuletzt fand Verfasser am Ohr einen Cerumminalpropf mit stark wuchernden Fungositäten darunter, welche bei der leichtesten Berührung mit einem Federbarte einen solchen Schwindel verursachten, dass Patient zusammenstürzte. Energische Cauterisationen mit dem Galvanocauter führten nicht zum Ziel, da schon am nächsten Tage frische Wucherungen an Stelle der Tags zuvor weggebrannten aufschossen. Schliesslich gelang es dem Verfasser doch durch Auskratzung die Paukenhöhle zu reinigen und die Gehörknöchelchen von den auf ihnen lastenden Excrescenzen zu befreien, worauf bald definitive (?) Heilung erfolgte. Patient blieb von der Otorrhoe und vom Sausen verschont. Die subjectiven Erscheinungen des Sausens und des Schwindels waren offenbar durch den auf's Labyrinth fortgesetzten Druck bedingt, den die fungösen Massen auf die Gehörknöchelchen, respective auf den Steigbügel ausübten. Spira.

G. Scognamiglio: Ueber Trional. (Revist. Clin. e Ther. 1896, Nr. 11.)

Verfasser gibt in vorliegender Arbeit zunächst eine Uebersicht über die hauptsächlichsten Veröffentlichungen, die das in seinem Vaterlande noch nicht nach Gebühr angewandte und gewürdigte Trional betreffen. Er berichtet sodann über eine Reihe klinischer und experimenteller Untersuchungen, deren Hauptzweck war, festzustellen, ob die von Einigen geäusserten Befürchtungen betreffs schädlicher Wirkung des Mittels auf die Nieren gerechtfertigt sind. Er hat zu diesem Zwecke bei allen Kranken, denen er Trional gab, sehr sorgfältige Urinuntersuchungen angestellt, hat aber niemals auch nur das geringste gefunden, was auf eine Affection der Nieren schliessen liess. Behufs experimenteller Prüfung der Frage hat er ferner Hunden und Kaninchen hohe Trionaldosen (ersteren 0·5 bis 1·0 g, letzteren 0·1—0·5 g) einverleibt und täglich den Urin untersucht. Obwohl die Experimente einigemale fortgesetzt wurden, bis das Thier zugrunde ging, fand sich auch hier niemals etwas auf die Nieren Bezügliches. Speciell wurde auch stets das Hämatoporphyrin, das nach einigen Angaben nach Trionalgebrauch im Urin auftreten soll, vermisst. Zwei Hunde, die infolge der fortgesetzten Experimente zugrunde gingen, wurden secirt, und eine genaue anatomische Untersuchung der Nieren ergab, bis auf eine geringe Hyperämie, nichts Wesentliches. Erst als zwei Hunden die enorme Tagesdosis von 3 g verabreicht wurde, färbte sich am dritten Tage der Urin roth und in demselben liess sich Hämatoporphyrin nachweisen. Was die klinischen Fälle anbelangt, so wurde das Trional bei psycho- und neuropathischen Individuen, Kindern mit Schlaflosigkeit etc. in Dosen von 1—2 g pro die gegeben. Auch hier wurde täglich, zum Theil mehrmals, der Urin untersucht, bisweilen auch noch einige Zeit lang nach dem Aussetzen des Mittels, und niemals zeigte sich etwas morphologisch oder chemisch Abnormes. Aus den Untersuchungen des Verfassers ergibt sich, dass das Trional frei ist von schädlichen Nebenwirkungen, dass insbesondere die von Einigen beobachtete schädliche Wirkung auf die Nieren nicht dem Mittel als solchem zuzuschreiben, sondern durch eine zu grosse Sorglosigkeit in Bezug auf die Dosirung zu erklären ist.

Sahli: Ueber diastolische accidentelle Herzgeräusche. (Medicinische Klinik in Bern. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1896, XXV., 1.)

Der Verfasser publicirt zwei Fälle mit Sectionsbefund als Beitrag zur Entscheidung der Frage, ob es rein accidentelle diastolische Herzgeräusche gibt. Die beigegebenen Auszüge aus der bisherigen Literatur zeigen, dass die Kenntnisse darüber bis jetzt noch höchst unvollkommen sind. Nur Sahli selbst hat schon im Jahre 1885 nachgewiesen, dass unter Umständen der diastolisch verstärkte Antheil starker Nonnengeräusche durch Fortleitung als rein diastolisches Geräusch über dem Herzen gehört werden kann. Die beiden Fälle der gegenwärtigen Publication müssen dagegen anders aufgefasst werden, da die Untersuchung in beiden Fällen ergab, dass die diastolischen Geräusche mit dem Nonnensausen nicht in Zusammenhang standen. Sie betreffen Patientinnen von circa 30 Jahren, bei welchen die klinische, sowie die anatomische Diagnose auf perniciöse Anämie gestellt wurde. Der Hämoglobingehalt betrug 10%. Bei beiden traten in den letzten Lebenstagen zu den früher bestandenen Herzsymptomen der Anämie (systolisches Geräusch, verstärkter II. Pulmonalton, Dilatation) noch starke diastolische Geräusche von nicht präsystolischem Charakter hinzu, während die Sectionen weder an den Klappen, noch am Pericard irgend welche Veränderungen ergaben, welche das diastolische Geräusch hätten erklären können. Die Frage nach der Entstehung solcher accidenteller diastolischer Geräusche schliesst sich an die Erklärung der gleichartigen systolischen Geräusche enge an. Nach Sahli sind diese letzteren Strömungsgeräusche, welche entstehen: 1. durch vermehrte Geschwindigkeit des Blutstromes, 2. durch dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes. Diastolische accidentelle Geräusche scheinen hauptsächlich deshalb so selten zu sein, weil die Geschwindigkeit der Blutströmung im Herzen bei der Diastole geringer ist, als bei der Systole. Der Mangel dieses einen Factors scheint aber durch besondere starke Ausprägung des zweiten ersetzt werden zu können, so dass bei ganz besonders schweren Fällen von Anämie trotz der langsameren diastolischen Strömung die Verhältnisse günstig genug zur Entstehung eines Geräusches liegen. Dafür spricht das Auftreten der diastolischen Geräusche in den vorliegenden Fällen gerade während der letzten Krankheitstage bei rapid zunehmender Blutverarmung, sowie die Thatsache, dass auch die von anderen Autoren bisher veröffentlichten Fälle von accidentellen diastolischen Geräuschen ausschliesslich sehr schwere Anämien betrafen. Kfn.

W. L. Harris: Pyosalpinx profluens an einer nicht descendirten Tube. (Med. Standard, Februar 1896.)

Es handelte sich um eine 37jährige Frau, welche seit 7 Jahren an wiederholten peritonitischen Attaquen litt, welche mit dem Auftreten eines Tumors in der rechten Ileocoecalgegend einhergingen und jedesmal mit der Entleerung einer beträchtlichen Menge Eiters aus der Vagina ihren Abschluss fanden, worauf die Geschwulst sich verkleinerte. Bei der Untersuchung der Patientin constatirte Harris neben normalem Beckenbefunde einen oblongen, vertical verlaufenden, walzenförmigen Tumor in der Gegend des Appendix und stellte daraus, trotz anscheinend intacter Vaginalwand, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf chronische, recidivirende Appendicitis mit Durchbruch des Eiters in die Scheide. Die Operation ergab jedoch, dass der Tumor nicht durch den Appendix (derselbe war völlig gesund), sondern durch das rechte Ovarium mit der dazugehörigen Tube gebildet wurde, welche augenscheinlich den normalen Descensus im Embryonalstadium nicht durchgemacht hatten. Die Tube war daumendick, mit Eiter gefüllt und durch vielfache peritonitische Adhäsionen mit der Umgebung verwachsen. Nach Exstirpation von Tube und Ovarium trat völlige Heilung ein. Hsr.

Tagesnachrichten und Notizen.

* Universitäts- und Personal-Nachrichten.

* Verhandlungen des k. k. Obersten Sanitätsrathes. In der Sitzung des Obersten Sanitätsrathes vom 20. Juni gelangten nach Mittheilung einer Reihe sanitärer Vorfallenheiten durch den Sanitätsreferenten im Ministerium des Innern, Ministerialrath Dr. Emanuel Ritter. v. Kusý, nachstehende Gegenstände zur Verhandlung und Beschlussfassung: 1. Gutächtliche Aeusserung über Ersuchen des Ackerbauministeriums über die Zulässigkeit des Waschens grüner Häute in einem offenen Gerinne bei einer Gerbereianlage. 2. Fachgutachten über die Zulässigkeit der Ableitung der Fäcalstoffe aus einer Landeshauptstadt in einen benachbarten Flusslauf anlässlich der Vervollständigung und Vervollkommnung des bisher mangelhaften Canalisationssystems derselben. Nach Erörterung der Frage der Flussverunreinigung durch Abfallstoffe vom allgemein hygienisch-scientifischen Standpunkte wurden die Bedingungen festgestellt, unter welchen die als sanitärer Fortschritt zu begrüssende Canalanlage ohne weitere Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der am Unterlaufe des gedachten Flusses angesiedelten Bevölkerung durchgeführt werden könnte. 3. Vorläufiges Gutachten über Massnahmen zur Lösung der Frage, inwieferne eine Desinfection von Hadern vor der Verarbeitung in Papierfabriken erforderlich und durchführbar erscheine. 4. Beschlussfassung über die Art und Weise, in welcher die Angaben der von den Hebammen zu führenden Geburtstabellen seitens der politischen Bezirks- und Landesbehörden einer einheitlichen Bearbeitung zum Zwecke der sanitätspolizeilichen und scientifischen Beurtheilung der auf Geburt und Wochenbett bezüglichen Verhältnisse zuzuführen seien.

* Professor v. Reder. Am 22. Juni feierte Prof. Dr. Albert Reder v. Schellmann in aller Stille seinen 70. Geburtstag. Der Jubilar kann auf eine inhaltsreiche literarische und praktische Thätigkeit zurückblicken. Er war Privatdocent für Chirurgie, dann für Syphilis, dann Professor für Dermatologie und Syphilis an der Josefs-Akademie und Abtheilungsvorstand am Garnisonsspital Nr. 1; er hat eine Anzahl von Arbeiten auf diesen Gebieten und auch ein Buch: «Pathologie und Therapie der venerischen Krankheiten», veröffentlicht, welche sich allgemeiner Anerkennung erfreuen. Als praktischer Arzt und als Präsident des Wr. med. Doctorencollegiums ist er noch immer in erspriesslicher Weise thätig. Wir schliessen uns seinen zahlreichen Freunden in dem Wunsche an, dass ihm noch lange Freude an seinem Wirken gegönnt sein möge.

— Budapest. Dr. Julius Grósz wurde zum Director des Brody Adel-Kinderspitales ernannt.

* Am 19. d. M. verschied Privatdocent Dr. Wilhelm Schlesinger im 58. Lebensjahre. Er war Privatdocent für Gynäkologie, und hat eine Anzahl zum Theil werthvoller Arbeiten auf diesem Gebiete verfasst. Sein eigenstes Terrain war aber die Journalistik, und zwar besonders die medicinische; er führte eine scharfe Feder, welche er immer nur der von ihm als besten erkannten Sache widmete. Dass er dabei auch Personen nicht mit Sammethandschuhen anfasste, kann man ihm nicht verdenken. Vor zwei Jahren hatte er diese Thätigkeit als Redacteur der «Wr. med. Blätter» aufgegeben, und sich nur mehr mit seiner Praxis und der Leitung eines von ihm geschaffenen Ambulatoriums für arme kranke Frauen, «Charité», beschäftigt.

* Die österreichische otologische Gesellschaft veranstaltet am 28. und 29. Juni 1896 einen Otologentag in Wien. Programm der wissenschaftlichen Verhandlungen. a) Demonstrationen haben angekündigt: Herr Prof. Urbantschitsch: «Ein Fall von psychischer Taubheit.» Herr Prof. Gruber: «Ein Fall von Angiom der Ohrmuschel, durch Operation geheilt, mit Demonstration des mikroskopischen Präparates.» Ferners haben Demonstrationen in Aussicht gestellt die Herren: Prof. Politzer, Doc. Dr. Bing, Dr. Hrubesch und Doc. Dr. Pollak. b) Angemeldete Vorträge. Herr Dr. Sig. Szenes (Budapest): «Ueber die diagnostische Verwerthung des Lichtkegels und anderer Lichtreflexe des Trommelfells.» Herr Dr. Spira (Krakau): «Ueber eine, unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende, centrale Ostitis proc. mast.» Prof. Gruber: «Zur Lehre von der intercraniellen otitischen Erkrankungen.» Herr Prof. Politzer: Menière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion; Demonstration des histologischen Befundes.» Herr Prof. Politzer: «Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (sog. Radicaloperation).» Herr Prof. Urbantschitsch: «Zur Radicalbehandlung des Mittelohrs.» Herr Dr. Alt: «Ueber apoplektiforme Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern.» Herr Doc. J. Pollak: «Ueber Perichondritis septi nar. serosa» Herr Doc. Dr. Gomperz: «Ueber eine typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenschwellungen» Herr Doc. Dr. Gomperz: Erfahrungen über die Verschliessbarkeit alter Trommelfellücken. Herr Dr. V. Hammerschlag: «Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfelle.» Die Sitzungen finden im Hörsaale des Herrn Prof. v. Schrötter im Allgem. Krankenhause (IX., Alserstrasse 4) statt.

Curse.

Assist. Dr. Friedländer: Chirurgischer Operationscurs mit Uebungen an der Leiche. Beginn: 25. Juni. Dauer: 4 Wochen. Honorar: Doctoren 22 fl., Studenten 15 fl. Klinik Albert. 6—8 Uhr Abends.

Assist. Dr. Neumann: Operative Geburtshilfe. Beginn: 6. Juli. Honorar: Doctoren 30 fl., Studenten 15 fl. Klinik Schauta. 4—5 Uhr Nachmittags.

Assist. Dr. Neumann: Geburtshilflich-diagnostischer Curs für Aerzte. Beginn: 6. Juli. Honorar: 60 fl. (5 Hörer). Klinik Schauta. 3 Uhr Nachmittags.

Assist. Dr. Rud. Loos: Ferialcurs über operative (Extraction) und conservative (Plombiren) Zahnheilkunde, sowie Zahnersatzkunde mit Uebungen am Patienten. Dauer: 13. Juli bis 31. August. K. k. Zahnärztliches Universitäts-Institut des Prof. Scheff (IX., Türkenstrasse 9). Nähere Auskünfte im Institute.

Ferialcurse an der Wiener medicinischen Facultät 1896.

August-Cyclus.

Assist. Dr. J. Tandler: Topographische Anatomie. Honorar: 20 fl. Hörsaal Zuckerkandl. 6mal wöchentlich.*)

Assist. Dr. R. Freih. v. Seiller: Normale Histologie des Menschen. Honorar: 20 fl. Physiol. Institut. 10—12 Uhr Vorm. (event. nach Uebereinkommen). 6mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Ghon: Pathologische Anatomie. Honorar: 20 fl. Allgem. Krankenh. Pathol. Institut. 6—7 Uhr Abends. 6mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Assist. Dr. O. Stoerck: Pathologische Histologie. Honorar: 25 fl. Allgem. Krankenh. Pathol. Institut. 2—4 Uhr Nachm. 5mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Biedl: Lehre vom Kreislaufe, der Athmung, Secretion und des Nervensystems. Honorar: 30 fl. Institut Stricker. 6mal wöchentlich.

Assist. Dr. A. Biedl: Nervensystem mit Versuchen und Demonstrationen. Honorar: 20 fl. Institut Stricker. 6mal wöchentlich.

Prof. Dr. J. Csokor: Bacteriologie und Parasitenkunde, Thierseuchen und Zoonosen. Honorar: 20 fl. Allgem. Krankenh. Pathol. Institut. 12—1 Uhr Mittags. 6mal wöchentlich. Mindestens 12 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Ghon: Bacteriologie. Honorar: 25 fl. Allgem. Krankenh. Pathol. Institut. 4—6 Uhr Abends. 5mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Lode: Hygienisch-bacteriologische Untersuchungsmethoden. Honorar: 20 fl. Laborat.-Gebühr: 5 fl. Hygien. Institut. 6mal wöchentlich. Mindestens 12 Theilnehmer.

Assist. Dr. M. Richter: Praktischer Curs, Vornahme gerichtlicher Sectionen, Abfassung von Gutachten. Honorar: 30 fl. Allgem. Krankenh. Gerichtl.-medic. Institut. Montag, Mittwoch, Freitag von 3—5 Uhr Nachm. Mindestens 6 Theilnehmer.

Assist. Dr. J. Hockauf: Die officinellen Arzneidroguen, Nahrungs- und Genussmittel aus dem Pflanzenreiche. Honorar: 20 fl. Pharmakol. Institut. 6mal wöchentlich. Mindestens 5 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Smita: Harnanalyse einschliesslich der mikroskopischen Untersuchung der Harnsedimente. Honorar: 15 fl. Allgem. Krankenh. Pathol. Institut. 6mal wöchentlich. Mindestens 5 Theilnehmer.

Doc. Dr. A. Hammerschlag: Magen- und Darmkrankheiten. Honorar: 20 fl. Klinik Nothnagel. 9—10 Uhr Vorm. 6mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Doc. Dr. A. Pick: Diagnostik der Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Honorar: 20 fl. Allgem. Krankenh. Ambulatorium v. Krafft-Ebing. 2—3 Uhr Nachm. 6mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Doc. Dr. H. Schlesinger: Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten; Erkrankungen der Brustorgane. Honorar: 20 fl. Klinik Schrötter 5—6 Uhr Nachm. 6mal wöchentlich.

Doc. Dr. E. Schütz: Diagnostik und Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Honorar: 20 fl. Allgem. Krankenh. Directionsgebäude. 8—9, event. 9—10 Uhr Vorm. 6mal wöchentl. Mindestens 10 Theilnehmer.

Prof. Dr. M. Benedikt: Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Honorar: 20 fl. Poliklinik 12—$\frac{1}{2}$2 Uhr Mittags. 6mal wöchentlich durch 3 Wochen.

Doc. Dr. L. v. Frankl-Hochwart: Diagnose und Therapie der Nervenkrankheiten; Elektro-Diagnostik und Therapie. Honorar: 20 fl. Hörsaal Nothnagel. 9—10 Uhr Vorm. 6mal wöchentlich. Mindestens 10 Theilnehmer.

Assist. Dr. A. Elzholz: Klinische Psychiatrie. Honorar: 20 fl. Psych. Klinik, IX., Lazarethgasse 14. $\frac{1}{2}$6—$\frac{1}{2}$7 Uhr, eventuell 4—5 Uhr Nachmittags. 6mal wöchentlich. Mindestens 6 Theilnehmer.

(Fortsetzung folgt.)

*) Wo nichts Besonderes angegeben, wird die Stunde nach Uebereinkommen festgesetzt.

Verantwortlicher Redacteur: Adolf Bauer. Verlag von Alfred Hölder in Wien. Druck von M. Engel & Söhne in Wien.